

**Orientierung zwischen Nutzen und Nutzerinnen –  
Klinikärztliche Entscheidungsfindungen und Entscheidungs-  
kontextualitäten bei einem Kaiserschnitt auf Wunsch**

**Dissertation zur Erlangung des Doktor Public Health  
Vorgelegt von Corinna Schach**

**Am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen  
Im Februar 2013**

**GutachterInnen:**

**Frau Prof. Dr. phil. Petra Kolip (Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften)**

**Herr Prof. Dr. med. Norbert Schmacke (Universität Bremen, Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften)**

**Promotionskolloquium: 28. Juni 2013**

---

Diese Arbeit ist meiner Mutter Christa Schach (\* 6.12.1931, † 31.08.1996)  
und meiner Großmutter Margarete Stumpf (\* 26.05.1906, † 4.03.2003)  
gewidmet.

---

## **DANKSAGUNG**

Mein besonderer Dank gilt den Frauenärztinnen und Frauenärzten, die durch ihre Bereitschaft zur Interviewteilnahme dieses Forschungsprojekt ermöglicht haben.

Danken möchte ich auch Prof. Dr. phil. Petra Kolip und Prof. Dr. med. Norbert Schmacke für ihre wissenschaftliche Begleitung und ihre vielfältigen Anregungen sowie insbesondere Prof. Dr. Petra Kolip für ihren Langmut und Prof. Dr. Norbert Schmacke für seine spontane Unterstützung im Hinblick auf dieses Arbeitsvorhaben.

Wertvolle Anregungen und Unterstützung erhielt ich ferner von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Forschungswerkstatt sowie von den Frauen aus dem Promotionskolloquium, beide Arbeitsgruppen waren am Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen angesiedelt. Die jeweiligen Treffen mit ihren lebendigen Diskussionen bei der Interpretation von Interviews trugen wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit bei.

Ohne die unterstützende Begleitung von Dipl.-Psych. Hanni Wolter, Marion Wiese-Hattenhauer und Annikka Link wäre diese Promotionsschrift für mich sehr wahrscheinlich nicht zu vollenden gewesen, herzlichen Dank für die vielen persönlichen Gespräche.

Im Besonderen gilt mein Dank für die lang währende große Unterstützung und geduldige Begleitung – sowohl im privaten als auch im fachlichen Bereich – Dipl.-Soz.Päd./Sozialarbeitswiss. Nicole Höfling-Engels, Dipl.-Soz.Päd., MPH Heidi Niehus, Elke Groß und Dr. PH Maren Stamer.

Last but not least: Tierische Unterstützung hatte ich von Frida.

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Vordergründige Problemlage</b>	<b>6</b>
2.1	Kaiserschnittentbindungen – Indikationen und Klassifikation	7
2.1.1	Indikationen für Schnittentbindungen	7
2.1.2	Klassifikationen von Schnittentbindungen	10
2.1.3	Definition des „Wunschkaiserschnitts“	12
2.2	Die Entwicklung von Kaiserschnittraten in der jüngeren Vergangenheit	16
2.2.1	Anstieg der Kaiserschnittraten	16
2.2.2	Mögliche Ursachen für den Anstieg der Kaiserschnittraten	20
2.3	Kaiserschnitttechnik und Risikobewertung im Wandel	33
2.3.1	Veränderung der Operations- und Narkosetechniken	33
2.3.2	Mortalität und Morbidität bei gewünschten Schnittentbindungen	46
2.3.3	Risikobewertung und Evidenz	62
2.4	Zusammenfassende Schlussfolgerungen zum Forschungskontext	63
<b>3.</b>	<b>Theoretischer Rahmen und Forschungsstand</b>	<b>69</b>
3.1	Geburtsmedizin – Betrachtung im historischen Kontext	70
3.1.1	Von der Frauen-Heilkunde zur Gynäkologie	70
3.1.2	Von der Geburtshilfe zur Geburtsmedizin	76
3.1.3	Der Kaiserschnitt als Indikator und Promotor von Medikalisierung	83
3.1.4	Zusammenfassung	96
3.2	Geburtsmedizin und Ökonomie	99
3.2.1	Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft – Auswirkungen auf die Krankenhäuser	100
3.2.2	Der Wettbewerb in dem Wirtschaftsmarkt Geburtskliniken	117
3.2.3	Die ökonomische Relevanz des „Wunschkaiserschnitts“	130
3.2.4	Zusammenfassung	142
3.3	FrauenärztInnen im „Handlungssystem Geburtsklinik“	146
3.3.1	Krankenhausärztliche Realität und Identität im Wandel	146
3.3.2	Geburtsmedizin und „forensische Gefahren“	155
3.3.3	„Wunschkaiserschnitt“ im Spiegel von Selbstbestimmung und Informed consent	169
3.3.4	Zusammenfassung	202

<b>4.</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b>	208
4.1.	Präzisierung der Fragestellung	209
4.2.	Das ExpertInneninterview als Erhebungsinstrument	210
4.2.1	Die Debatte um das ExpertInneninterview	210
4.2.2	ExpertInnenrollen und ExpertInnenwissen	212
4.2.3	Die Rolle(n) der Interviewerin und mögliche Problematiken	214
4.2.4	Genderaspekte im ExpertInneninterview	216
4.3	Der Forschungsprozess: Von der Samplebildung bis zur Auswertung	218
4.4	Auswertungsverfahren	222
4.5	Methodenkritische Reflexion	223
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse der empirischen Untersuchung</b>	227
5.1	Einige Daten zum Profil des Samples	228
5.2	Klinikärztliche Einschätzungen zur Entwicklung von Kaiserschnittraten	229
5.2.1	Anstieg der Kaiserschnittraten	229
5.2.2	Erklärungen für steigende Kaiserschnittraten	231
5.2.3	Einfluss des Kaiserschnitts auf Wunsch auf die steigenden Kaiserschnittraten	248
5.2.4	Resümee – „(...) und dann ging es steil nach oben“ zu den „ <i>Wischi-Waschi-Indikationen</i> “	251
5.3	Klinikärztliche Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess für einen Kaiserschnitt auf Wunsch	253
5.3.1	Gestaltung qua paternalistischer Autorität	254
5.3.2	Aufklärung als ungeklärte Gestaltung	259
5.3.3	(Beziehungs-)Gestaltung qua Kommunikation	265
5.3.4	Resümee – „(...) dadurch dass man Arzt ist, [und] einen Kittel trägt“ zu „(...) lieber einen Ultraschall weniger und dafür ein Gespräch mehr.“	272
5.4	Limitierungen im klinikärztlichen Entscheidungsprozess für einen Kaiserschnitt auf Wunsch	278
5.4.1	Mangelnde Evidenzbasierung und weitere (versorgungs-)system-immanente Kommunikationsdefizite	278
5.4.2	Strukturell-ökonomische Limitierungen	286
5.4.3	„Informed consent“-Insuffizienz	291
5.4.4	Resümee – „(...) wenn der Oberste sagt, so“ zu „(...) man ist immer der Blöde.“	295
5.5	(Problem-)Lösungsmöglichkeiten bei dem Entscheidungsprozess für einen Kaiserschnitt auf Wunsch aus Sicht der KlinikärztInnen	301
5.5.1	Individuelle Entlastungsstrategien	301
5.5.2	Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen	306
5.5.3	Resümee – „Da bin ich denn immer auch ganz froh, wenn jemand	

---

	<i>anders mir die Entscheidung abnimmt“ bis „möglichst wenig Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen“</i>	316
5.6	„Doing (Dis-)Position“?	323
5.6.1	Beweggründe bei der Berufswahl	323
5.6.2	Affektive Erfahrungswirklichkeiten	327
5.6.3	Grundsätzliche Positionierungen zum „Wunschkaiserschnitt“	329
5.6.4	Resümee – „(...) es mit Gesunden zu tun zu haben“ bis „[Es ist] für alle Ärzte ganz wichtig, sich da irgendwie zu positionieren“	333
5.7	Zusammenfassung	337
<b>6.</b>	<b>Schlussbetrachtungen</b>	347
6.1	Erörterung der empirischen Ergebnisse mit Blick auf den aktuellen Forschungsstand	348
6.1.1	Deutungen und Definitionen bei defizitärer Evidenz	348
6.1.2	Ärztliches Alphabet der Kommunikation – von Autorität bis Zuwendung	350
6.1.3	Zwischen Verunsicherung und Machtabsicherung	354
6.1.4	Individuelle und konzeptionelle Verschiebung von Verantwortung	359
6.1.5	„Doing De-Gender“?	364
6.2	Schlussfolgerungen für eine frauengerechte geburtshilfliche Versorgung	370
6.2.1	(Heraus-)Forderungen an Verantwortliche der universitär-ärztlichen Ausbildung	371
6.2.2	(Heraus-)Forderungen an GeburtsmedizinerInnen	375
6.2.3	(Heraus-)Forderungen an (gesundheits-)politisch Verantwortliche	379
6.2.4	(Heraus-)Forderungen an (Gesundheits-)WissenschaftlerInnen	382
<b>Epilog</b>		386
<b>Literatur</b>		387
<b>Anhang</b>		436

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Absolute Indikationen für einen Kaiserschnitt	8
Tabelle 2:	Relative Indikationen für einen Kaiserschnitt	9
Tabelle 3:	Kaiserschnittraten im internationalen Vergleich	17
Tabelle 4:	Kaiserschnittraten einzelner Bundesländer im Vergleich	19
Tabelle 5:	Daten zur Entwicklung des deutschen Krankenhaussektors von 1995 bis 2010	101
Tabelle 6:	Regelungen der Gesundheitsreformen im deutschen Krankenhaussektor von 1996 bis 2007	110
Tabelle 7:	Studienauswahl zur persönlich bevorzugten Entbindungsart von FrauenärztInnen	171
Tabelle 8:	Angestrebte Zusammensetzung des Samples	219
Tabelle 9:	Zusammensetzung des Samples nach Abschluss der Erhebungsphase	220

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Klinikärztliche Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“	273
Abbildung 2:	Limitierungen im klinikärztlichen Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“	296
Abbildung 3:	(Problem-)Lösungsmöglichkeiten beim Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ aus Sicht der KlinikärztInnen	317
Abbildung 4:	Positionierungen der Interviewten für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“	334

---

*„Wer ‚Risiko‘ denkt, wird blind für Gefahr“ (Duden, 2008, S.11).*



## 1. EINLEITUNG

1995 lag die Rate der durch Kaiserschnitt entbundenen Kinder in Deutschland bei 17,5%, im Jahr 2010 belief sich die Kaiserschnitttrate auf 31,9% (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012d). Diese Entwicklung in der Geburtsmedizin wurde 2010 von der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (AG MedR DGGG) mit folgenden Worten kommentiert: *„Die Zahl der Schnittenbindungen steigt weltweit immer mehr an. In Deutschland wurde vor 15 Jahren jedes sechste, heute wird bereits nahezu jedes dritte Kind durch Sectio geboren, wobei die Sectorate von Klinik zu Klinik stark variiert. Diese Entwicklung, die sich wahrscheinlich fortsetzen wird, ist Ausdruck einer sich wandelnden Einstellung vieler Schwangerer zur Geburt, aber auch einer vielfach veränderten ärztlichen Verhaltensweise und eines auf beiden Seiten gestiegenen Sicherheitsbedürfnisses“* (AG MedR DGGG, 2010a, S.1).

Diese Sätze stellen den Beginn der aktuellen und offiziellen Stellungnahme der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zu absoluten und relativen Indikationen zur Sectio caesarea dar. Im folgenden, kurzen Absatz wird auf eine Studie von Al Mufti et al. zur persönlichen Präferenz eines Entbindungsmodus von GeburtsmedizinerInnen aus dem Jahr 1996 hingewiesen. Die Ergebnisse dieser Umfrage lösten in der Fachwelt eine breite Debatte um den so genannten „Wunschkaiserschnitt“ aus; da insbesondere ein hoher Prozentsatz der weiblichen Befragten sich auch ohne medizinische Notwendigkeit für eine Schnittenbindung aussprach, um eventuelle Beckenbodenschäden oder mögliche Schädigung des Kindes zu vermeiden. Im Anschluss wird wie folgt in die Thematik weiter eingeführt: *„Generell wollen Frauen in zunehmendem Maße von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen [sic]. Die deutsche Rechtsprechung räumt ihnen unter bestimmten Voraussetzungen ausdrücklich ein Mitspracherecht bei der Wahl des Entbindungsweges ein. Aber auch auf Seiten der Ärzte ist ein Wandel zu beobachten. Medizinische Erkenntnisse zeigen, dass die Risiken der verschiedenen Entbindungsmöglichkeiten für Mutter und Kind anders als früher einzuschätzen sind. Daraus ergeben sich andere Aufklärungspflichten und Entscheidungsprärogativen<sup>1</sup> für den Geburtshelfer<sup>2</sup>“* (AG MedR DGGG, 2010a, S.2).

---

<sup>1</sup> Praerogatio (lat.) = Vorrecht, Privileg

<sup>2</sup> Das hier verwendete ausschließlich männliche Geschlecht ist wortwörtlicher Zitierweise geschuldet.

In diesen Textpassagen werden die gängigen Begründungsmuster für steigende Kaiserschnittraten in komprimierter Form aneinandergereiht. In den Vordergrund werden dabei folgende zentrale Aussagen gerückt:

- Die Einstellung zur Geburt bei Nutzerinnen im geburtsklinischen Versorgungssystem hat sich geändert.
- Die ärztliche Verhaltensweise im geburtsklinischen Versorgungssystem hat sich geändert.
- Schwangere und ÄrztInnen weisen ein gestiegenes Sicherheitsbedürfnis auf.
- Frauen wollen und dürfen selbstbestimmt die Entbindungsart (mit-)wählen.
- Medizinische Erkenntnisse haben die Risikoeinschätzung von Entbindungsarten verändert.
- Gesellschaftlicher Wertewandel sowie Wandel in Rechtsauslegung und Risikobewertung in der Geburtsmedizin führen zu veränderten ärztlichen Pflichten in der Aufklärung und zu einem veränderten ärztlichen Ermessens- und Handlungsspielraum in der geburtsmedizinischen Entscheidungsfindung.

Ohne den Begriff „Wunschkaiserschnitt“ zu benutzen, werden steigende Kaiserschnittraten als Ausdruck einer Entwicklung in der Geburtsmedizin beschrieben, die von zunehmender Akzeptanz einer Schnittentbindung auf Wunsch bei Schwangeren und ÄrztInnen (in dieser Reihenfolge) geprägt ist. Der betonte Wertewandel – mit expliziter Fokussierung auf das (nun auch von ärztlicher Entscheidungsebene zugestandene) Selbstbestimmungsrecht der Frau auf die Wahl einer klinischen Geburtsart – wird durch den Hinweis auf die Studie von Al Mufti (1996) mit Ängsten vor Beckenbodenverletzungen und Schädigung des Kindes medizinisch nachvollziehbar illustriert. Ein verändertes ärztliches Handeln findet seine grundsätzliche Rechtfertigung somit letztlich in medizinischen Erkenntnissen, die in einer veränderten Risikobewertung der Kaiserschnittoperation im Verhältnis zur Vaginalentbindung münden.

Diese Erklärungsmuster oder Variationen davon finden sich sowohl in der Fachliteratur als auch in Medien mit breiter Öffentlichkeitswirkung (Schneider, 2008). Eine der zentralen Thesen dieser Arbeit lautet: Dieses Erklärungsmodell soll dazu beitragen, (gewünschte) Realitäten zu konstruieren und in den Vordergrund der Wahrnehmung zu rücken.

In Abgrenzung zu diesem „gewünschten Blickwinkel“ basiert die vorliegende Studie auf einer anderen Sichtweise auf die aktuelle, geburtsmedizinische Versorgungsrealität. Das Phänomen „Wunschkaiserschnitt“ wird als Ausdruck einer – sich kontinuierlich interventionsreicher gestaltenden – „Behandlung“ des physiologischen Vorgangs Geburt durch die ärztliche Profession gesehen. Das ursprüngliche, hebammengeprägte geburtshilfliche Versorgungsangebot hat sich immer stärker zu einer ärztlich dominierten Geburtsmedizin entwickelt. Diese Entwicklung – so eine weitere These

der vorliegenden Arbeit – stellt eine postmoderne Medikalisierungsstrategie dar, die durch eine zeitgemäße Verknüpfung von Themen wie Selbstbestimmung der Frau, Prävention und weibliche Sexualität sowie operationstechnische Innovationen und Risikominimierung zur Absicherung von Machtinteressen dient.

Angesichts der Divergenz der verschiedenen Deutungsmöglichkeiten aktueller geburtsmedizinischer Versorgungsrealität will sich die vorliegende Studie dem komplexen Phänomen „Wunschkaiserschnitt“ nähern, um Erkenntnisse über bedeutsame Kontextfaktoren für klinikärztliche Entscheidungen für diese Entbindungsart zu gewinnen. Ziel der Studie ist, die Sichtweise von klinisch tätigen FrauenärztInnen auf ihr Erleben von Interaktionen mit Schwangeren zu beleuchten, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern. Für die Analyse und das Verständnis des Entscheidungskontextes ist die Untersuchung des ausschlaggebenden Denkens und Handelns der beteiligten professionellen AkteurInnen aus ärztlicher Klinikalltag-Perspektive eine wesentliche Voraussetzung. Das geeignete methodische Vorgehen hierfür ist ein qualitativer Forschungsansatz, da dieser die Möglichkeit bietet, Vielfalt von subjektiven Realitäten erfassen zu können (Flick, 2005a). Anknüpfend an diese Vorüberlegungen erfolgte die Datenerhebung durch 18 leitfadengestützte ExpertInneninterviews (Meuser & Nagel, 2005; 2009) mit klinisch tätigen FrauenärztInnen.

Die zentrale Fragestellung der Studie „Wie erleben FrauenärztInnen Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern?“ beinhaltet die Intention, die unterschiedlichen Erfahrungswirklichkeiten der befragten FrauenärztInnen zu untersuchen, um in Verbindung mit und jenseits von theoretischen Überlegungen weitere Erkenntnisse über Entscheidungskontextualitäten für einen „Wunschkaiserschnitt“ zu gewinnen. Damit geht das Ziel einher, die gängigen Begründungszusammenhänge für die vorab skizzierte Entwicklung kritisch zu hinterfragen sowie Ansatzpunkte zu entwickeln, dieser Form der Medikalisierung von Frauengesundheit entgegenzutreten und damit einen Beitrag zur Entwicklung einer frauengerechten geburtsmedizinischen Versorgung zu leisten.

Diesem Verständnis und dieser Zielsetzung folgend wird die gesundheitswissenschaftliche Studie im Bereich Versorgungsforschung angesiedelt. Versorgungsforschung kann als Teilgebiet von Gesundheitssystemforschung verstanden werden, welche Schwartz und Busse wie folgt charakterisieren: *„Gesundheitssystemforschung befaßt sich mit Bedarf, Inanspruchnahme, Ressourcen, Strukturen, Prozessen, Ergebnissen und zuschreibbaren Resultaten (Outcomes) von systemisch organisierten Ansätzen der Krankheitsverhütung, -bekämpfung oder –bewältigung – d.h. von ganzen Gesundheitssystemen, Subsystemen und größeren Institutionen bzw. Programmen – und verknüpft diese Elemente analytisch-bewertend“* (Schwartz & Busse, 2003, S. 518). Die Autoren verorten Versorgungsforschung auf der so ge-

nannten Mikroebene, eine Forschung mit Blick auf die Ebene von Versorgungsrealität in beispielsweise Krankenhäusern oder ärztlichen Praxen. Pfaff beschreibt Versorgungsforschung *„als ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und –prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert“* (Pfaff, 2003, S.13). Die anwendungsorientierte Analyse der NutzerInnenversorgung wird bei dieser Definition in das Zentrum gestellt.

Die Definition von Lohr und Steinwachs *„Health services research is the multidisciplinary field of scientific investigation that studies how social factors, financing systems, organizational structures and processes, health technologies, and personal behaviors affect access to health care, the quality and cost of health care, and ultimately our health and well-being. Its research domains are individuals, families, organizations, institutions, communities, and populations“* (Lohr & Steinwachs, 2002, S.16) rückt verstärkt das Zusammenspiel von Mikro-, Meso- und Makroebene in den Fokus der Betrachtung. Daran anknüpfend gestaltet sich auch das Verständnis hinsichtlich der Positionierung der vorliegenden Studie innerhalb der gesundheitswissenschaftlichen Forschung. Die Beschreibung der angewendeten Elemente der *„letzten Meile“* (Pfaff, 2006, S.1488) im Versorgungssystem Geburtsklinik bei der Entscheidung für einen „Wunschkaiserschnitt“ und die Erklärung von Zusammenhängen zwischen diesen Elementen beinhaltet auch die analytisch-bewertende Betrachtung von der so genannten Meso- und Makroebene, da diese – so die Vorannahme – wesentlich das Leistungsgeschehen und damit die Versorgungssituation zentral mit beeinflussen.

Die vorliegende Dissertationsschrift ist in sieben Kapitel gegliedert. Im Anschluss an die Einleitung (Kap. 1) folgt mit Kapitel 2 ein Abschnitt, der in wissenschaftlichen Arbeiten oftmals die Überschrift „Problemhintergrund“ trägt. Bezug nehmend auf die vorab dargestellte Sichtweise auf das Forschungsthema wird dieses Kapitel als „Vordergründige Problemlage“ bezeichnet. Der zentralen These dieser Arbeit folgend, dass die gängigen Erklärungsmuster für die Veränderungen in geburtsklinischer Versorgungspraxis im Hinblick auf (Wunsch-)Kaiserschnittenbindungen dazu beitragen sollen, Realitäten zu konstruieren und diese in den Vordergrund der Wahrnehmung zu rücken, werden in Kapitel 2 insbesondere gängige medizinbasierte Begründungszusammenhänge ausführlich unter Einbeziehung der aktuell verfügbaren Studienlage kritisch diskutiert und bezüglich ihrer Evidenz analysiert.

Abgeleitet aus den diesbezüglichen Schlussfolgerungen werden im dritten Kapitel „Theoretischer Rahmen und Forschungsstand“ drei Themenfelder beleuchtet, die mehr Aufschluss über ausschlaggebende „Hintergründe“ der veränderten geburts-

klinischen Versorgung liefern können. Anknüpfend an die These, dass die geburtsklinische Entbindungspraxis durch „Wunschkaiserschnitt“ eine postmoderne Medikalisierungsstrategie darstellt, werden zunächst anhand einer historischen Betrachtung der Entwicklung von Geburtshilfe zur Geburtsmedizin unterschiedliche Phasen ärztlicher Professionalisierung und Medikalisierung von Frauengesundheit in den Blick genommen. Der weiteren Annahme folgend, dass die zunehmend marktwirtschaftliche Ausrichtung des Krankenhaussektors Denken und Handeln von ÄrztInnen beeinflussen sowie deren Akzeptanz zur Durchführung eines „Wunschkaiserschnitt“ vorantreiben kann, werden anschließend unter einem gesundheitsökonomischen Blickwinkel die Veränderungen geburtsklinischer Versorgung betrachtet. Im letzten Abschnitt des Theorieteils wird erörtert, welche (weiteren) Entscheidungskontextualitäten sich aus dem „Handlungssystem Geburtsklinik“ für die Durchführung von gewünschten Schnittentbindungen ableiten lassen. Neben ärztlicher Arbeitssituation und forensischen Aspekten in der geburtsklinischen Versorgung werden insbesondere aktuelle Diskursausrichtungen, die die Begriffe „Selbstbestimmung“ und „eigenverantwortliche, informierte Entscheidungsfindung“ mit schwangeren Nutzerinnen des Gesundheitssystems verknüpfen, in den Fokus der Analyse gerückt.

In Kapitel 4 erfolgen auf der Basis des betrachteten Forschungsstands eine Konkretisierung der zentralen Forschungsfrage sowie die genaue Beschreibung des methodischen Vorgehens. Im fünften Kapitel werden in fünf Abschnitten die Ergebnisse der Interviewinterpretationen dargestellt. In der Schlussbetrachtung des sechsten Kapitels erfolgt zunächst eine zusammenfassende Erörterung der empirischen Ergebnisse in Verbindung mit den Erkenntnissen aus dem theoretischen Teil. Anknüpfend an die Zielsetzung dieses Untersuchungsprojektes werden in einem zweiten Schritt Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Entwicklung einer frauengerechten geburtsmedizinischen Versorgung gezogen.

## **2. VORDERGRÜNDIGE PROBLEMLAGE<sup>3</sup>**

In dem einleitend skizzierten, „gängigen Erklärungsmodell“ für eine veränderte geburtsklinische Versorgung werden durch Verknüpfung von mutmaßlich risikoarmen, medizintechnischen Neuerungen in der Geburtsmedizin mit wissenschaftlich anscheinend gut belegten, aktuellen geburtsmedizinischen Erkenntnissen – unter Verweis auf einen gesellschaftlicher Wertewandel mit vermeintlich breitem Konsens – scheinbar unumstößliche Kausalitäten und ärztliche Handlungskonsequenzen konstruiert. Vereinfacht lautet das daraus abgeleitete Begründungsmuster: Heutzutage ist der Kaiserschnitt eine risikoarme Entbindungsart, deshalb „wünschen“ selbstbestimmte Nutzerinnen der geburtsmedizinischen Versorgung zunehmend die Entbindung per Kaiserschnitt. Zugleich werden aber auch Argumente wie beispielsweise eine Änderung des Risikoprofils der Nutzerinnen – Schwangere am Anfang des 21. Jahrhunderts werden häufig als älter und (damit auch) kränker charakterisiert – in den Vordergrund der Erklärungen für die veränderte geburtsklinische Versorgungspraxis der jüngeren Vergangenheit gerückt.

Diese Konstruktionen und vordergründigen Erklärungsmodelle sollen in dem ersten Teil der vorliegenden Arbeit unter Einbeziehung der aktuell verfügbaren Studienlage kritisch diskutiert und analysiert werden. Zunächst werden unterschiedliche Auslegungsmöglichkeiten von fachspezifischen Begrifflichkeiten in der operativen Geburtsmedizin betrachtet, die hinsichtlich des gewählten Forschungsthemas Relevanz aufweisen. Nach einem Überblick über die Entwicklung der Kaiserschnittraten in der jüngeren Vergangenheit werden gängige Erklärungsmodelle sowie weitere mögliche Ursachen für die Zunahme von Schnittentbindungen in den so genannten entwickelten Ländern in den Blick genommen. Ausführlich wird insbesondere das medizinbasierte Begründungsmuster für die zunehmende Durchführung von (Wunsch-) Kaiserschnitten dargestellt und hinterfragt. Abschließend werden aus der erfolgten Analyse Schlussfolgerungen für möglicherweise stärker ausschlaggebende „Hintergründe“ der veränderten geburtsklinischen Versorgungspraxis gezogen und daraus die Formulierung der Forschungsfragen abgeleitet sowie das methodische Vorgehen und die gewählte theoretische Einbettung begründet.

---

<sup>3</sup> Die meist für diesen Teil einer Dissertationsschrift verwendete Kapitelbezeichnung „Problemhintergrund“ wird nicht der hier angewandten analytischen Sichtweise auf das Forschungsthema gerecht.

## **2.1 KAISERSCHNITTENTBINDUNGEN – INDIKATIONEN UND KLASSIFIKATIONEN**

In den letzten 50 Jahren hat die Sectio caesarea einen stetigen Indikationswandel erfahren. Lange Zeit wurde die Kaiserschnittentbindung fast ausschließlich aus mütterlicher Indikation durchgeführt, seit den 1960er Jahren erlangte die kindliche Indikation für diesen Eingriff zunehmend an Bedeutung (Huch & Chaoui, 2006; Seebach-Göbel & Wulff, 1998; vgl. Kapitel 3.1.4). Heutzutage sind beispielsweise – nach kontroversen Diskussionen in der Fachwelt um den „Geburtsmodus der ersten Wahl“ – die Beckenendlage oder der Verdacht auf Schulterdystokie<sup>4</sup> gängige Indikationen für eine Kaiserschnittoperation (Mac Kenzie et al., 2003; Ludwig, 1998).

Seit anderthalb Jahrzehnten hat sich der Begriff „Wunschkaiserschnitt“ im deutschsprachigen Raum etabliert, allerdings besteht sowohl national als auch international kein fachlicher Konsens über dessen Definition (AG MedR DGGG, 2010a; David & Kentenich, 2008; NIH, 2006; Gossman et al., 2006). In der deutschsprachigen Fachliteratur findet die Bezeichnung „Wunschkaiserschnitt“ Verwendung für Schnittentbindungen ohne jede medizinische Indikation, für Entbindungen per Kaiserschnitt mit einer „weichen, psychisch motivierten“ Indikation oder für so genannte präventive Sectiones (AG MedR DGGG, 2010a; Beller, 2006; Hellmers & Schücking, 2005a). „*Die Notwendigkeit präziser Semantik*“ (Husslein & Langer, 2000, S.850) wird somit bei der Auseinandersetzung mit der Thematik „Wunschkaiserschnitt“ deutlich. Zur näheren begrifflichen Klarstellung werden zunächst unterschiedliche Indikationen und Klassifikationen von Kaiserschnittentbindungen dargestellt. Anschließend werden verschiedene Definitionen des Kaiserschnitts auf Wunsch betrachtet.

### **2.1.1 Indikationen für Schnittentbindungen**

Heutzutage erfolgen in den meisten Industrienationen weniger als 10% aller Kaiserschnitte aus so genannten absoluten Indikationen, die auf zwingend geburtsmedizinischen Gründen basieren, um Leben und Gesundheit von Frau und/oder Kind nur auf diesem Entbindungsweg retten zu können. Bei 90% aller Schnittentbindungen liegt eine Abwägung der geburtsmedizinischen Risiken von vaginaler Geburt und Kaiserschnitt für Mutter und Kind zugrunde, diese werden als relative Indikationen bezeichnet (AG MedR DGGG, 2010a).

---

<sup>4</sup> Als Schulterdystokie wird der Geburtsstillstand nach der Geburt des kindlichen Kopfes infolge ungenügender Drehung der kindlichen Schulter bezeichnet, gehäuft tritt dies bei Kindern mit einem Geburtsgewicht über 4000g auf (Siegele, 2007).

### **Absolute Indikationen**

Über die absoluten Indikationen für eine Kaiserschnittentbindung besteht in der Fachwelt ein weitgehender Konsens (AG MedR DGKG, 2010a; Maass & Weigel, 2009; Stanton & Ronsmans, 2008; Huch & Chaoui, 2006; Penn & Ghaem-Maghmi, 2001). Einen Überblick über diese Indikationen verschafft Tabelle 1.

#### Tabelle 1:

##### Absolute Indikationen für einen Kaiserschnitt:

- Querlage des Kindes
- Absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken
- Beckendeformitäten der Mutter
- (Drohende) Uterusruptur
- Totale oder partielle Placenta praevia (Verlegung des Muttermunds durch den Mutterkuchen)
- Vorzeitige Placentallösung
- Nabelschnurvorfall
- Hypoxie des Feten (fetale Azidose) (Sauerstoffmangel)
- Amnioninfektionssyndrom (Infektion der Eihäute und dadurch Gefahr der Infektion für das Kind)
- Eklampsie (Krampfanfall bei hypertensiver Schwangerschaftserkrankung)
- HELLP-Syndrom (schwere Form der Präeklampsie)
- Maternale HIV-Infektion

### **Relative Indikationen**

Relativen Indikationen liegt eine Abwägung der geburtsmedizinischen Risiken für Mutter und Kind zugrunde. Die Auffassung und Akzeptanz in der Fachwelt von so genannten relativen Sectioindikationen unterlag in den letzten Jahrzehnten einem steten Wandel (Huch & Chaoui, 2006). Sinkende maternale Mortalitätsraten zogen eine Änderung in der Risikoabwägung nach sich, aber auch strukturelle Rahmenbedingungen in Geburtskliniken (z.B. Personalbesetzung) werden mittlerweile als Entscheidungskriterien für eine relative Kaiserschnittindikation mit einbezogen (AG MedR DGKG, 2010a).

Dudenhausen (2001) hält schematische Listen für relative Kaiserschnittindikationen – aufgrund der Individualisierung von Entscheidungen und des Einzugs präventiven Denkens hierbei – nicht für möglich. Trotzdem gibt die nachfolgende Auflistung einen Überblick über die gängigsten medizinisch begründeten relativen Indikationen für eine Sectio (AG MedR DGKG, 2010a; Huch & Chaoui, 2006; vgl. Tabelle 2).



Tabelle 2:

Relative Indikationen für einen Kaiserschnitt:

- Beckenendlage
- Mehrlingsschwangerschaft
- Absolute fetale Makrosomie (über 4500g<sup>5</sup>)
- Verdacht auf relatives Missverhältnis zwischen Kindsgroße und mütterlichem Becken
- Pathologisches CTG
- Protrahierte Geburt
- Geburtsstillstand und mütterliche Erschöpfung
- Status nach Kaiserschnittentbindung
- Status nach vaginal-plastischer Operation
- Psychische Beeinträchtigung (z.B. bei Status nach schwerer psychisch traumatisierender vaginaler Entbindung)
- Maternale Erkrankungen (z.B. schwerwiegende internistische Erkrankungen)
- Kindliche Erkrankungen (z.B. spezielle Fehlbildungen)

Die Sorge um die Sicherheit des Kindes, die Angst vor Schmerzen sowie vor organischen Spätschäden (Gebärmuttersenkung, Inkontinenz und postpartale Sexualstörungen) werden in großen Teilen der geburtsmedizinischen Fachwelt mittlerweile ebenfalls als relative Indikationen für einen Kaiserschnitt angesehen (im Sinne einer Präventivmaßnahme) und von Schnittentbindungen auf Wunsch ohne jede medizinische Indikation abgegrenzt (AG MedR DGGG, 2010a; Thornton & Lubowski, 2006; Husslein & Langer, 2000), in der Fachliteratur finden sich jedoch auch konträre Sichtweisen (Nygaard, 2005; Hannah et al., 2004; vgl. Kapitel 3.2.3). Gleichwohl wird darauf verwiesen, dass der Geburtsvorgang immer kulturellen und gesellschaftlichen Einflüssen ausgesetzt ist und dies auch für (relative) Indikationen einer Kaiserschnittentbindung zutrifft (David & Kentenich, 2008; Stanton & Ronsmans, 2008; Huch & Chaoui, 2006; Penn & Ghaem-Maghmi, 2001).

Husslein wird zugeschrieben „eine Art Kaskade der Indikationen zum Kaiserschnitt [...] von hart zu weich“ in die Diskussion der Fachwelt eingeführt zu haben (Ludwig, 2001, S.122), wobei die (vermutete) Prophylaxe einer Beckenbodeninsuffizienz durch eine Schnittentbindung den „weichen Indikations-Pol“ darstellt: „Spricht man von einer Erweiterung der medizinischen Indikationen zur Sectio, muss man sich bewusst sein, dass es nie allgemein verbindliche Richtlinien dafür gab und sich ein

---

<sup>5</sup> Es wird zwischen fetaler Makrosomie (über 4000g) und absoluter fetaler Makrosomie (über 4500g) unterschieden (Siegele, 2007).

*weiter Bogen von zwingenden medizinischen Indikationen bis hin zu mehr oder weniger ausschließlichem Patientenwunsch spannt“* (Husslein & Langer, 2000, S.850). Dieses Denken und „fließende Kategorisieren“ von Indikationen findet sich auch in der aktuellen Stellungnahme der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (AG MedR DGKG, 2010a) wieder und wird als Ausdruck eines gesellschaftlichen Wertewandels angesehen, der mit veränderten Einstellungen der geburtsmedizinischen Nutzerinnen sowie veränderten ärztlichen Verhaltensweisen umschrieben wird. Dem „weichen, relativen Indikationspol“ wird in dieser Leitlinie auch *„die schwächer medizinisch, überwiegend psychisch motivierte Sectio“* zugeordnet, *„um diese [...] von der eigentlichen Wunschsectio ohne jede medizinische Indikation abgrenzen zu können“* (AG MedR DGKG, 2010a, S.3).

Es wird ersichtlich, dass die unterschiedlichen Auffassungen über eine Definition des „Wunschkaiserschnitts“ und der Wandel in der Auslegung und Anwendung von relativen Sectioindikationen einander wechselseitig beeinflussen (vgl. Kapitel 3.2.3). Das Stellen einer relativen Indikation unterliegt aber auch immer der subjektiven Sichtweise von GeburtshelferInnen<sup>6</sup> und ermöglicht somit keine eindeutige Zuordnung einer Kaiserschnittentbindung „im Sinne eines primär gewünschten Geburtsmodus“.

### 2.1.2 Klassifikationen von Schnittentbindungen

Für die Annäherung an die unterschiedlichen Begrifflichkeiten, die bei dem Thema „Wunschkaiserschnitt“ in der Literatur zu finden sind, ist ebenfalls die Betrachtung der folgenden Einteilungen von Schnittentbindungen erforderlich.

#### Primäre und sekundäre Sectio

Primäre und sekundäre Kaiserschnittentbindungen werden nach dem Operationszeitpunkt in Beziehung zum Geburtsbeginn<sup>7</sup> unterschieden. Eine vor dem Geburtsbeginn durchgeführte Schnittentbindung wird als primärer Kaiserschnitt bezeichnet, eine nach dem Geburtsbeginn durchgeführte Schnittentbindung entsprechend als sekundärer Eingriff (Maass & Weigel, 2009). Die Bezeichnungen primär und sekundär sind somit nicht von der gestellten Indikation abhängig.

---

<sup>6</sup> Huch und Chaoui, (2006) bezeichnen dies als *„Anwendung des ‚relativen Risikodenkens‘“* (Huch & Chaoui, 2006, S.783).

<sup>7</sup> Der Geburtsbeginn wird definiert als das Einsetzen regelmäßiger (alle 3-6 Minuten) und zervixwirksamer Wehentätigkeit. Auch der Abgang von Fruchtwasser ohne Wehentätigkeit wird als Geburtsbeginn klassifiziert (Martius & Rath, 1998; Steller & Rück, 1997).

Eine weitere Klassifikation kann nach der Dringlichkeit der Schnittentbindungen erfolgen (Maass & Weigel, 2009; Simm & Mathew, 2008):

### **Notfall-Section**

Notfall-Operationen sind Eingriffe mit einer „vitalen Indikation“ bei akuter Lebensgefahr für PatientInnen. Im geburtshilflichen Notfall kann das Leben von Mutter und/oder Kind akut bedroht sein. Notfall-Kaiserschnitten liegt immer eine medizinische Indikation zugrunde, die eine sofortige Entbindung notwendig macht. Als Zielvorgabe werden zehn bis 20 Minuten von der Entscheidung zur Notfall-Section bis zur Entwicklung des Kindes angesetzt.

### **Eilige Section**

Wenn eine Bedrohung des Lebens von Mutter und/oder Kind nicht dauerhaft beseitigt werden kann, muss eine so genannte „Eilige Section“ erfolgen mit dem Ziel, das Kind innerhalb von 30 Minuten zu entbinden.

### **Standardsection**

Bei der Entwicklung einer Situation unter der Geburt, die mit einer medizinischen Indikation einhergeht, aber keine akute Gefährdung für Mutter und/oder Kind bedingt, wird die „Standardsection“ mit der Entwicklung des Kindes innerhalb von einer Stunde angestrebt.

### **Elektive Section**

Elektive Schnittentbindungen sind Eingriffe, bei denen der Zeitpunkt der Durchführung (relativ) frei gewählt werden kann. Der Begriff „elektiv“ grenzt diese Operationen von operativen Eingriffen aus dringlicher oder vitaler Indikation ab. Bei einem elektiven Kaiserschnitt kann eine medizinische Indikation (z.B. absolutes Missverhältnis) vorliegen, eine frühzeitig gestellte Diagnose gibt aber Spielraum zur zeitlichen Planbarkeit des Eingriffs. Die Wahl des Zeitpunktes eines Kaiserschnitts unterliegt physiologischen Einschränkungen: Zur Vermeidung einer Frühgeburtlichkeit muss mindestens die 37. Schwangerschaftswoche abgeschlossen sein und je nach Indikation wird die Section meist vor dem errechneten Geburtstermin durchgeführt werden, um entsprechende Komplikationen zu vermeiden (z.B. Vorfall eines Armes bei Querlage des Kindes) (Husslein & Langer, 2000).

Maass und Weigel (2009) definieren die elektive Section wie folgt: „*Primär indizierte und primär durchgeführte Section in Terminnähe bei abgeschlossener kindlicher Reife (festgelegter Termin, Fixierung auf dem Operationsplan, Prämedikation und Sectionsvorbereitung am Vortag)*“ (Maass & Weigel, 2009, S.358). Die AutorInnen verdeutlichen, dass elektive Schnittentbindungen immer auch als primäre Sectiones

klassifiziert werden. Zumindest impliziert beinhaltet diese Definition gleichsam das Vorliegen einer medizinischen Indikation.

Husslein und Langer (2000) hingegen differenzieren den Begriff „elektive Sectio“ in drei Kategorien: *„Die Erweiterung der medizinischen Indikation, die psychische Indikation, v.a. bei Zustand nach vorausgegangener belastender Geburt, sowie die elektive Sectio im engeren Sinne, d.h. nach unkomplizierter Schwangerschaft und ohne Vorliegen irgendeiner medizinischen oder psychischen Indikation“* (Husslein & Langer, 2000, S. 850). Hierbei bleibt zwar unklar, was konkret mit Erweiterung der medizinischen Indikation gemeint ist, es wird jedoch deutlich, dass die Verwendung des Begriffs „elektiver Kaiserschnitt“ durch die Autoren nicht an das Vorliegen einer – wie auch immer definierten – Indikation gebunden wird.

Die Entscheidung für einen „Wunschkaiserschnitt“ wird vor Geburtsbeginn getroffen und führt in der Regel – falls nicht ein vorzeitiger Geburtsbeginn eintritt – zu einer primären Sectio. Zudem fehlt Schnittentbindungen auf Wunsch die vitale Indikation und demnach die medizinische Dringlichkeit. Aufgrund dessen wird in Teilen der Fachliteratur der Terminus „primäre, elektive Sectio“ (im weitgefassten, undifferenzierten Sinne) synonym für die Bezeichnung „Wunschkaiserschnitt“ gebraucht. Die hier dargestellten Klassifikationen tragen demzufolge nicht zu einer semantischen Trennschärfe der Begrifflichkeiten bezüglich der Schnittentbindung auf Wunsch bei<sup>8</sup>.

### 2.1.3 Definition des „Wunschkaiserschnitts“

1996 veröffentlichten Al Mufti et al. im „Lancet“ Ergebnisse einer Befragung von FrauenärztInnen zur Präferenz eines Geburtsmodus für sich oder für ihre Partnerin. Hohe Popularität erlangte diese Publikation durch einen deutlichen Geschlechterunterschied bei den Antworten, mehr Frauen als Männer sprachen sich im Falle einer unkomplizierten Erstlingsschwangerschaft in Schädellage für eine primäre Schnittentbindung ohne medizinische Indikation aus. Die Diskussion in der Fachwelt um eine von der Schwangeren selbstbestimmte Entbindungsart war zwar nicht neu, doch kam mit der Publikation von Al Mufti et al. (1996) eine große Kontroverse um den „Wunschkaiserschnitt“ in Gang (vgl. Kapitel 3.1.3).

---

<sup>8</sup> Es existiert noch ein weiteres Klassifikationssystem von Kaiserschnittentbindungen, welches hauptsächlich in Australien und im skandinavischen Raum Anwendung findet: Die Robson-Einteilung (Robson, 2001) besteht aus zehn Indikationsgruppen für Kaiserschnittentbindungen anhand der Kriterien Parität, Schwangerschaftswoche, Ein- oder Mehrlinge, Kindslage, Art des Geburtsbeginns und Vorliegen einer Uterusnarbe. Aber auch diese Klassifikation schafft hinsichtlich des Begriffs „Wunschkaiserschnitt“ keine ausreichende Trennschärfe.

Über den Terminus „Wunschkaiserschnitt“ besteht auch fast 20 Jahre nach dieser Publikation noch kein fachlicher Konsens. Der Begriff „Wunschkaiserschnitt“ hat sich im deutschsprachigen Raum zwar in der breiten Öffentlichkeit mittlerweile, als „eine von der Frau ohne geburtsmedizinische Notwendigkeit gewünschte operative Beendigung der Schwangerschaft“ fest verankert, in der geburtsmedizinischen Fachwelt wird jedoch versucht, den Terminus „elektive Sectio“ hierfür zu etablieren (Husslein & Langer, 2000). Seltener werden in der deutschsprachigen Fachliteratur die Bezeichnungen „Sectio kraft Vereinbarung“, „Gefälligkeitssectio“ oder „Kaiserschnitt auf Verlangen“ verwandt (AG MedR DGGG, 2010a; Ludwig, 1998).

In englischsprachigen Publikationen finden sich gleichfalls sowohl Begriffe wie „patient-choice cesarean section“, „cesarean section on maternal request“ als auch „cesarean section on demand“ oder „elective cesarean section“ für einen Kaiserschnitt auf Wunsch der Schwangeren<sup>9</sup>. Dies macht deutlich, dass in der geburtsmedizinischen Fachwelt um die Definition des „Wunschkaiserschnitts“ gerungen wird und diese in verschiedenen offiziellen Stellungnahmen und Publikationen stark variiert (Robson et al., 2009; Gossman et al., 2006).

1998 wurde bei der Konferenz der FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) in Südafrika noch eine ablehnende Stellungnahme zur Schnittentbindung aus nichtmedizinischen Gründen verfasst, der „Wunschkaiserschnitt“ wurde als ethisch nicht zu rechtfertigen, angesehen (FIGO, 1999). Anthuber und Hepp (2000) definieren zwei Jahre später im Editorial des „Gynäkologen“: *„Wir verstehen unter einer Wunschsektio den Kaiserschnitt, den sich die Frau aus Angst vor späteren negativen psychischen und physischen Auswirkungen wünscht“* und leiten daraus ab, dass der Kaiserschnitt auf Wunsch somit *„nicht mit indikationsloser Sektio gleichgesetzt werden darf“* (Anthuber & Hepp, 2000, S.847).

Diese Haltung findet sich ebenfalls zeitnah in der offiziellen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) wieder: *„Äußern Schwangere von sich aus den Wunsch nach einer primären Sectio, wird dieser fast immer mit Angstgefühlen motiviert und ist deshalb den ‚weichen‘ relativen, allgemein medizinischen Sectioindikationen zuzuordnen“* (Hickl & Franzki, 2002, S.198). Die DGGG definiert somit Angst der Schwangeren um die Sicherheit des Kindes, vor Schmerzen und organischen Spätschäden als Indikation für einen Kaiserschnitt. Als „Wunschkaiserschnitt“ kommen für die DGGG nur Fälle in Betracht, in denen ausschließlich die Planbarkeit als Motiv von den Schwangeren für den Wunsch angegeben wird (AG MedR DGGG, 2010a; Hickl & Franzki, 2002)<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Klein (2004) verwendet sogar den Begriff „cesarean section by custom“ (Klein, 2004, S.161).

2006 sichtete ein ExpertInnen-Panel auf der State-of-the-Science Conference der NIH (National Institute of Health) in Maryland, USA, mehr als 1400 Publikationen mit dem Ziel einer evidenzbasierten Stellungnahme zum Thema „Cesarean delivery on maternal request“. Die TeilnehmerInnen kamen zu dem Schluss, dass jeder Kaiserschnitt, der bei einer Einlingsschwangerschaft von der Schwangeren aufgrund Planbarkeit, Risikominimierung für das Kind oder Angst vor Traumatisierung des Beckenbodens gewünscht wird, als „Wunschkaiserschnitt“ zu definieren ist (NIH, 2006). Hübner und Jacob (2006) fassen die Definition der NIH-Stellungnahme zusammen: *„Der Kaiserschnitt auf Wunsch stellt eine kleine Subentität der elektiven Schnittentbindungen dar und ist definiert als Entbindung einer Mutter von ihrer Einlingsschwangerschaft ohne medizinische oder geburtshilfliche Indikation durch Sectio caesarea“* (Hübner & Jacob, 2006, S.648).

Die TeilnehmerInnen der NIH Konferenz sehen somit in den genannten Ängsten von Schwangeren keine medizinische Indikation für einen Kaiserschnitt. Dies deckt sich mit der Kritik von ExpertInnen in Deutschland an der Auslegung der entsprechenden Indikationsstellung von der DGGG (David & Kentenich, 2008; Hellmers & Schücking, 2005a; Neises & Rauchfuß, 2005; Rott et al., 2000). Eine Schwangerschaft führt zu einer Vielzahl von physischen und psychischen Veränderungen für Frauen und kann auch mit diversen Ängsten vor den anstehenden Einschnitten in das bisherige Leben verbunden sein (Kasai et al., 2010; Waldenström et al., 2006; Saisto & Halmesmäki, 2003). Ängste grundsätzlich als medizinische Indikation für einen Kaiserschnitt zu definieren, kann als Medikalisierung einer natürlichen Lebensphase von Frauen betrachtet werden (vgl. Kapitel 3.1.4).

Die Diskussion um die relative Indikationsstellung für einen Kaiserschnitt aus psychischen Gründen führt zu der Frage, welche Kriterien gegeben sein müssen, um den entsprechenden Gründen eine „medizinisch pathologische Relevanz“ zuzuordnen. Huch und Chaoui (2006) versuchen dies in ihrer Definition des „Wunschkaiserschnitts“ mit einzubeziehen: *„Als Wunschsectio dürfen nur solche Operationen bezeichnet werden, bei denen weder anamnestische Erfahrungskrisen noch schwere psychologische oder psychiatrische Veränderungen Auslöser für den Wunsch nach operativer Entbindung sind [...]“* (Huch & Chaoui, 2006, S.785). Eine klare Antwort auf die oben gestellte Frage vermag diese Definition allerdings auch nicht zu geben.

Gossman et al. (2006) haben in einer Übersichtsarbeit 121 englischsprachige Artikel zu Terminologie und Definitionen des „Wunschkaiserschnitts“ analysiert. Die meisten Artikel (n=96) verwandten den Terminus „elective cesarean“. Damit zeigen sich auch

---

<sup>10</sup> Bemerkenswert ist, dass bei der Überschrift der überarbeiteten Leitlinie der DGGG *„Absolute und relative Indikationen zur Sectio casarea“* (AG MedR DGGG, 2010a, S.1; Stand August 2010) – im Gegensatz zu der vorherigen Leitlinie (Stand August 2008) – erstmals der Teil *„und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch“* entfällt (AG MedR DGGG, 2008, S.1).

international deutliche Bestrebungen diesen Begriff semantisch zu etablieren, obwohl laut NIH (2006) der Kaiserschnitt auf Wunsch nur eine kleine Teilmenge von elektiven Schnittentbindungen darstellt. Die Mehrdeutigkeit der Begriffe „elektiver Kaiserschnitt“ und „elective cesarean“ führt zu mangelnder Transparenz hinsichtlich der Gründe für die Durchführung der so bezeichneten Schnittentbindungen.

Für die Definition eines „Wunschkaiserschnitts“ identifiziert die Studie von Gossman et al. (2006) zwei Bestimmungsmerkmale: Erstens der Zeitpunkt der Durchführung des Eingriffs vor dem Geburtsbeginn und zweitens das Fehlen medizinischer Gründe, die ein Risiko für Mutter und Kind unter der Geburt darstellen. Zu der zeitlichen Komponente findet sich ein weitgehender Konsens in den untersuchten Publikationen, nur eine Veröffentlichung beschreibt auch einen Kaiserschnitt auf Wunsch subpartu (Kalish et al., 2004). Uneinigkeit besteht hingegen in der Auslegung der Formulierungen „medizinische Gründe“ und „Fehlen von Risiken“. Es zeigt sich eine große Spannbreite möglicher Interpretationen, die sich von „*cases associated with no medical condition*“ bis zu „*in the absence of an accepted medical indication*“ erstreckt (Gossman et al., 2006, S.1509). Die AutorInnen kommen zu dem Schluss: „*This finding underscores the necessity for the medical community to determine a singular definition for a maternal request caesarean. [...] Whether medical indications for caesarean delivery are present or absent, the current conceptualization of so-called maternal request cesareans in the literature lacks empirical utility*“ (Gossman et al., 2006, S.1513f).

Die Daten über den Anteil von Schnittentbindungen auf Wunsch an den – in vielen Ländern steigenden – Kaiserschnittsraten variieren somit auch wegen der verschiedenen zugrundeliegenden Definitionen stark.

Im nächsten Abschnitt der Arbeit werden zunächst die Entwicklung der Kaiserschnittsraten in der jüngeren Vergangenheit sowie gängige Erklärungsmodelle dafür, aber auch weniger „populär verbreitete“ Ursachen betrachtet. Daran anschließend werden mögliche Motive für gewünschte Schnittentbindungen und Angaben zu deren Häufigkeiten in den Blick genommen.

## **2.2 DIE ENTWICKLUNG VON KAISERSCHNITTRATEN IN DER JÜNGEREN VERGANGENHEIT**

Bevölkerungsbezogene Kaiserschnittsraten gelten als Indikator für den Zugang zu der lebensrettenden geburtsmedizinischen Versorgung eines Landes, lange Zeit wurden Raten zwischen fünf und 15 Prozent als optimaler Standard bezeichnet. Unter einer Rate von fünf Prozent wurde eine geburtsmedizinische Unterversorgung festgestellt.

Über der Obergrenze von 15 Prozent wurde eine Verbesserung des neonatalen und maternalen Outcome als nicht bestätigt angesehen (UNICEF et al., 1997; WHO, 1985).

Eine Analyse von 42 populationsbezogenen Gesundheitsberichten zeigt jedoch weltweit eine große Spannbreite und Abweichung von diesen Zielvorgaben. In sechs der untersuchten Länder – zumeist auf dem afrikanischen Kontinent – liegt die Rate sogar unter einem Prozent (Ronsmans et al., 2006). Hier fehlt vor allem die entsprechende geburtsmedizinische Versorgungsstruktur, eine hohe perinatale und maternale Mortalität sind die Folge (WHO, 2005). Der Zusammenhang zwischen sozialökonomischer Stellung eines Landes und Höhe der Kaiserschnitttrate wird in der Untersuchung von Ronsmans et al. (2006) deutlich, so liegen insbesondere in den „reicheren“ Ländern die Raten über dem empfohlenen Maximum von 15 Prozent. Zunehmend wird in der Fachwelt diese Höchstgrenze allerdings in Frage gestellt (Husslein, 2008; Cyr, 2006; vgl. Kapitel 3.1.4).

Bezugnehmend auf die Fragestellung der vorliegenden Studie wird in diesem Kapitel zunächst genauer auf die Entwicklung von ansteigenden Kaiserschnittraten der jüngeren Vergangenheit in den so genannten Industrienationen eingegangen. Zudem erfolgt eine Darstellung der unterschiedlichen Kaiserschnittraten in den einzelnen Bundesländern Deutschlands. Im folgenden Abschnitt werden dann sowohl häufig in der Fachliteratur angeführte Ursachen für die Zunahme an Kaiserschnittoperationen als auch Erklärungen mit weniger Öffentlichkeitswirkung betrachtet. Abschließend wird der Fokus des Interesses speziell auf den Anteil der „Wunschkaiserschnitte“ an den steigenden Kaiserschnittraten sowie auf mögliche Motive für diese gewünschte Entbindungsart gerichtet.

### **2.2.1 Anstieg der Kaiserschnittraten**

Seit den 1990er Jahren sind insbesondere in den so genannten Industrienationen verstärkt steigende Kaiserschnittraten zu verzeichnen<sup>11</sup>, in Tabelle 3 ist die Entwicklung für einige Länder beispielhaft dargestellt (vgl. Tbl. 3).

Im Vergleich der aufgeführten Länder lassen sich große Unterschiede finden. In den USA wurde schon in den 1980er Jahren die 20%-Grenze überschritten. In Europa war dies zumeist erst Anfang des 21. Jahrhunderts der Fall, eine Ausnahme bildet hierbei Italien.

---

<sup>11</sup> Zur Entwicklung der Kaiserschnittraten davor siehe Kapitel 3.1.3.



Tabelle 3:

Kaiserschnittraten im internationalen Vergleich (in Prozent):

(Quelle: OECD, 2010)

<b>Jahr</b>	<b>D<sup>12</sup>:</b>	<b>NL:</b>	<b>S:</b>	<b>N:</b>	<b>E:</b>	<b>CH:</b>	<b>I:</b>	<b>UK:</b>	<b>CDN:</b>	<b>USA:</b>	<b>AUS:</b>
1990	15,7	7,4	10,8	12,8	14,2	18,6	20,8		18,4	22,7	17,5
1991	15,2	7,7	11,3	12,5	15,1	17,7	22,6		17,9	22,6	17,9
1992	15,9	7,9	11,2	12,6	16,2		23,2		17,5	22,3	18,2
1993	16,6	8,4	11,6	12,5	17,3		24,1		17,5	21,8	18,8
1994	17,0	9,2	11,7	12,6	17,8		24,8		17,5	21,2	19,2
1995	17,2	9,7	12,0	12,6	18,8		26,1		17,5	20,8	19,2
1996	17,6	10,0	11,7	12,7	19,3		26,9		17,9	20,7	19,3
1997	18,1	10,4	13,2	12,9	19,8		26,9		18,4	20,8	20,1
1998	19,1	11,1	13,8	13,7	20,5		30,7		18,8	21,2	20,9
1999	19,8	11,4	14,4	13,5	21,0		32,4		19,6	22,0	21,7
2000	20,9	11,2	15,3	13,7	21,5		33,3	22,1	20,1	22,9	23,1
2001	22,0	13,6	16,5	15,6	22,4		35,5	22,6	22,2	24,4	25,1
2002	23,7	13,5	16,4	16,1	23,2	24,2	36,7	23,1	23,4	26,1	26,8
2003	24,8	13,5	17,2	15,6	23,6	25,1	38,1	22,5	24,8	27,5	28,2
2004	25,9	13,6		15,2	24,0	25,7	39,4	22,7	25,3	29,1	29,1
2005	26,7	13,6		15,9	24,8	26,7	39,4	23,6	26,2	30,3	30,0
2006	27,8	13,8		15,9	26,0	28,8	39,7	23,2	26,3	31,1	30,3
2007	28,5	14,0		17,2		30,0	39,8	23,6	26,6	31,8	30,6
2008	29,4					31,6		23,7			

In den 1990er Jahren zeigt sich bei fast allen dargestellten Ländern ein stetiger Anstieg der Kaiserschnittraten. Nur in Großbritannien bleibt die Kaiserschnittrate um die 23% relativ stabil, hier zeigen Bestrebungen des dortigen Gesundheitssystems Erfolg, die Kaiserschnittraten nicht weiter steigen zu lassen. Gleiche Anstrengungen hatten ebenfalls in den 1990er Jahren in den USA zunächst ähnliche Auswirkungen (CDC, 2001; vgl. Kapitel 3.1.4).

In Europa zeichnet sich zudem ein Nord-Süd-Gefälle ab. Auffällig sind die relativ niedrigen Raten der skandinavischen Länder und der Niederlande. In den osteuro-

<sup>12</sup> D – Deutschland, NL – Niederlande, S – Schweden, N – Norwegen, E – Spanien, CH – Schweiz, I – Italien, UK – Großbritannien, CDN – Kanada, USA – Vereinigte Staaten, AUS – Australien

päischen Ländern ist hingegen die Kaiserschnittrate während der 1990er Jahre ebenfalls auf „Westniveau“ gestiegen (WHO, 2009). Bekannt sind seit langem die hohen Kaiserschnittraten von 30 bis 40% in lateinamerikanischen Ländern, insbesondere in Chile und Brasilien (Ronsmans et al., 2006; Murray & Elston, 2005; Béhague, 2002; Potter et al., 2001; Murray & Pradenas, 1997; De Mello E Souza, 1994).

Die zeitlichen und regionalen Unterschiede der Raten lassen den Schluss zu, dass die Entscheidungen zur Durchführung eines Kaiserschnittes nicht nur auf medizinischen Notwendigkeiten beruhen können. Es wird ebenfalls deutlich, dass sich auch in Ländern mit einem guten Gesundheitsstatus von Frauen und einem hoch entwickelten Gesundheitssystem, z.B. in den Niederlanden, die Kaiserschnittraten im Rahmen der 1985 ausgesprochen WHO-Empfehlung von maximal 15% bewegen können. Aber auch in den Niederlanden – einem Land mit einer weniger geburtsklinikzentrierten Versorgungsstruktur – hat sich die Kaiserschnittrate in den letzten 20 Jahren verdoppelt.

In Deutschland wurde 2008 laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011a) die 30%-Grenze der Kaiserschnittrate überschritten<sup>13</sup>, somit hat sich auch in Deutschland die Kaiserschnittrate in den letzten zwei Jahrzehnten verdoppelt. In allen Bundesländern zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Kaiserschnittraten (vgl. Tbl. 4). In fast allen neuen Bundesländern hat sich in dem dargestellten Zeitraum die Rate verdoppelt. Allein in Sachsen ist die Steigerung etwas geringer. Unter allen Bundesländern findet sich hier zudem die geringste Kaiserschnittrate, „nur“ bei jeder fünften Geburt wurde in Sachsen 2008 ein Kaiserschnitt durchgeführt (21,7%).

Bremen liegt nach den aktuellen Zahlen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011a) mit einer Kaiserschnittrate von 33% bundesweit auf Platz zwei nach dem Saarland (36,8%), den dritten Platz nimmt Hessen ein (32,8%). Auch in Bremen wurde somit 2008 schon jedes dritte Kind per Kaiserschnitt entbunden.

---

<sup>13</sup> Als Grundgesamtheit werden hier alle Entbindungen in Krankenhäusern gerechnet, BQS-Daten weisen die Überschreitung der 30%-Marke der Kaiserschnittrate anteilig an den Klinikgeburten in Deutschland schon für 2007 aus (BQS, 2009). Außerklinische Geburten liegen in Deutschland bei einem relativ konstanten Prozentsatz von 2% (Loytved & Wenzlaff, 2007).

Tabelle 4:

Kaiserschnittraten einzelner Bundesländer im Vergleich (in Prozent):

(Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2011a)

<b>(Bundes-) Land</b>	<b>1992</b>	<b>1994</b>	<b>1996</b>	<b>1998</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>	<b>2004</b>	<b>2006</b>	<b>2008</b>
<b>Deutschland Gesamt</b>	17,1	17,9	19,0	18,6	21,1	23,9	26,8	28,6	30,2
<b>Baden-Württemberg</b>	16,7	17,0	18,9	18,9	22,2	24,7	28,1	29,3	31,3
<b>Bayern</b>	17,0	17,7	19,1		21,2	24,6	27,6	30,4	32,2
<b>Berlin</b>	12,8	14,6	14,5	14,0	15,3	14,9	20,7	25,7	25,7
<b>Brandenburg</b>	11,6	13,0	13,9	15,2	16,4	17,6	20,6	23,6	27,3
<b>Bremen</b>	18,3	18,0	20,5	18,6	21,2	24,5	28,8	29,5	33,0
<b>Hamburg</b>	17,6	18,0	18,8	19,1	21,3	25,6	26,9	27,8	28,1
<b>Hessen</b>	18,7	19,6	21,0	21,3	23,5	27,4	29,8	31,5	32,8
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	13,0	14,2	14,0	13,9	17,2	19,9	23,0	25,2	27,6
<b>Niedersachsen</b>	16,8	17,1	18,9	19,0	21,8	24,1	27,0	28,1	29,8
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	18,2	19,0	20,1	19,6	22,1	25,5	28,6	29,6	31,4
<b>Rheinland-Pfalz</b>	18,7	19,0	18,6	20,3	23,3	26,2	30,7	30,4	31,2
<b>Saarland</b>	19,8	20,6	22,7	24,0	26,9	28,4	33,6	32,0	36,8
<b>Sachsen</b>	11,7	13,1	12,9	14,2	15,3	17,8	19,9	22,2	21,7
<b>Sachsen-Anhalt</b>		14,7	14,8	15,2	17,3	18,6	20,6	22,5	25,3
<b>Schleswig-Holstein</b>	14,3	16,4	16,8	18,2	21,4	24,6	24,9	30,3	32,4
<b>Thüringen</b>	11,1	12,2	13,7	14,5	16,9	19,5	24,7	23,9	25,6

Bei genauerer Betrachtung ist sowohl national als auch international vor allem die Entwicklung des Verhältnisses zwischen primären und sekundären Kaiserschnittraten auffällig. Studien zeigen einen stetig größeren Anstieg der primären Sectioraten, heutzutage sind in vielen Ländern die Raten von primären Kaiserschnitten höher als die von sekundären Schnittentbindungen (CDC, 2006; Declercq et al., 2005; Bailit et al., 2004; Murray & Pradenas, 1997). MacDorman et al. (2008b) berechneten, dass 60% der Steigerung der gesamten Kaiserschnittrate in den USA von 1996 bis 2004 auf die zunehmende Durchführung von primären Sectiones zu-

rückzuführen ist. In Deutschland erfolgten 2009 15,1% der Klinikgeburten als primäre Schnittentbindung, 14,4% aller Kinder wurden durch eine sekundäre Sectio entbunden und 2,8% der Geburten wurden als „nicht näher bezeichnet[er]“ Kaiserschnitt dokumentiert (AQUA, 2010, S.83; vgl. Kapitel 3.2.2).

Angesichts dieser Entwicklungen stellen Declercq et al. (2005) die Fragen: *„Is the increase [of the cesarean rates] the result of changes in physician practice patterns regarding caesarean delivery, increases in maternal requests for caesarean section, or some combination of the two? Is the overall increase in the caesarean rate the result in part of increases in medically elective cesareans?“* (Declercq et al., 2005, S. 298).

### 2.2.2 Mögliche Ursachen für den Anstieg der Kaiserschnittraten

Die Steigerung der Kaiserschnittraten zeigt, dass international die geburtsmedizinische Fachwelt von zunehmender Akzeptanz des Geburtsmodus Kaiserschnitt geprägt ist. Dies wird zumeist vorrangig auf den medizinischen Fortschritt, vor allem auf verbesserte Operations- und Narkosetechniken, zurückgeführt, in deren Folge die mütterliche Sectioletalität – insbesondere bei elektiver Schnittentbindung – deutlich gesunken ist (AG MedR DGGG, 2010a; Husslein, 2008; Huch & Chaoui, 2006; Haller et al., 2002; vgl. Kapitel 2.3.1). Husslein und Langer (2000) bezeichnen diese Entwicklung als einen geburtsmedizinischen Paradigmenwechsel (vgl. Kapitel 3.1.4).

Neben den Fortschritten in der Geburts- und Perinatalmedizin wird zudem ein „verändertes Risikoprofil“ der Schwangeren als Begründung für steigende Kaiserschnittraten angeführt (Zhang et al., 2010, Huch & Chaoui, 2006; Holthaus-Hesse & König, 2006). Die fünf – mit Abstand – am häufigsten dokumentierten Kaiserschnittindikationen waren 2009 in Deutschland „Zustand nach Uterusoperation<sup>14</sup>“ (22,8% aller Sectiones), pathologisches CTG (20,8%), „Sonstige Gründe“ (15,5%), Beckenendlage (13,3%) und Missverhältnis zwischen mütterlichem Becken und kindlichem Kopf (11,4%) (AQUA, 2010). Mit Blick auf diese Begründungen und Indikationen werden im Folgenden verschiedene Faktoren dargestellt, die im Zusammenhang mit den steigenden Kaiserschnittraten in der Literatur genannt werden.

#### **Verändertes Nutzerinnenprofil in der geburtsmedizinischen Versorgung**

In der Diskussion um ein so genanntes verändertes Risikoprofil der Schwangeren wird in der Regel zuerst ein höheres mütterliches Alter – insbesondere bei Erstgebärenden – genannt, da dieses mit einem erhöhten mütterlichen und kindlichen

---

<sup>14</sup> Zumeist sind dies vorausgegangene Kaiserschnittoperationen, einer gewissen Anzahl von Uterus-Operationen können aber auch andere Ursachen zugrunde liegen (z. B. Myomenukleationen).

Risiko für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen assoziiert wird (Sohn, 2011; Huch & Chaoui, 2006; Holthaus-Hesse & König, 2006; Rosenthal, 1999; Howard, 1999; Welsch 1997). Frauen über dem 35. Lebensjahr entbinden häufiger per Kaiserschnitt als jüngere Frauen (Zhang et al., 2010, MacDorman et al., 2008; Lin et al., 2004; Qublan et al., 2002; Gregory et al., 2001). Declercq et al. (2005) analysierten in einer Querschnittsstudie US-amerikanische Geburtsdaten. Neben einer signifikanten Assoziation von höherem Alter und Kaiserschnitt zeigte sich, dass die Odds-Ratio für eine Kaiserschnittentbindung bei höherem maternalen Alter im Zeitraum von 1991 bis 2001 kontinuierlich angestiegen war. Ein paralleler Anstieg an Schwangerschaftskomplikationen war in diesem Zeitraum jedoch nicht zu verzeichnen. Die AutorInnen interpretieren demzufolge den Anstieg der Odds-Ratio als Ausdruck eines zunehmend defensiv-geburtsmedizinischen Denkens aufgrund verstärkter forensischer Einflüsse.

Als weitere Risikofaktoren, die im zeitlichen Verlauf eine steigende Prävalenz im Kollektiv der Schwangeren aufweisen, werden die Zunahme an chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus oder Hepatitis), vermehrte Makrosomie und ein Anstieg des BMI angeführt (Zhang et al., 2010; Holthaus-Hesse & König, 2006; Linton & Peterson, 2004; Lu et al., 2001; Kaiser & Kirby, 2001). Hingegen stellten Rhodes et al. (2003) in ihrer Studie fest, dass die Inzidenz von makrosomen Kindern zwischen 1990 und 2000 in den USA gesunken war. Ferner weisen sie in ihrer Publikation explizit darauf hin, dass eine durchschnittliche Zunahme des BMI in einem Schwangerenkollektiv nicht die steigenden Sectioraten bei Schwangeren in allen Gewichtsklassen erklärt.

Nach Analyse von fast 400.000 Geburtsdaten aus North Carolina von 1995 bis 2001 verneinen Bailit et al. (2004) die von ihnen gestellte Forschungsfrage: „*Rising cesarean rates: Are patients sicker?*“ (Bailit et al., 2004, S.800). Die AutorInnen führen die steigenden Kaiserschnittraten vor allem auf eine Kombination aus veränderter ärztlicher Haltung bei Entscheidungen für eine Entbindungsart, strukturell-institutioneller Ursachen und zunehmendem Wunsch von Schwangeren nach einem Kaiserschnitt zurück. Zu gleichen Ergebnissen und Schlussfolgerungen gelangen MacDorman et al. (2008b) in ihrer Studie, die auf über vier Millionen Geburtsdaten basiert.

Es bleibt somit unklar, ob die häufig genannten Parameter steigendes maternales Alter, mütterliche Gewichtszunahme, vermehrte Makrosomie treffend ein verändertes Risikoprofil von Schwangeren charakterisieren oder ob diese Faktoren verstärkt in einem defensivmedizinischen Denken der Professionellen wahrgenommen werden und in der Folge zu steigenden Kaiserschnittraten führen.

Seltener wird die Zunahme der so genannten assistierten Schwangerschaften (Sterilitätsbehandlungen wie IVF oder ICSI) als eine Ursache für steigende Kaiserschnitt-

raten genannt<sup>15</sup>. Nach reproduktionsmedizinischen Behandlungen treten Mehrlingsschwangerschaften häufiger auf als bei Graviditäten nach nichtkünstlicher Befruchtung (Kolip et al., 2008; Kozinski et al., 2003). Mehrlingsschwangerschaften können spezifische Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (z.B. utero-plazentare Dysfunktionen oder Lage- und Poleinstellungen) aufweisen, aufgrund dessen wird der elektive Kaiserschnitt hier als Entbindungsart der ersten Wahl angesehen (Kempe & Gembruch, 2008; Huch & Chaoui, 2006). Zudem sind Schwangerschaften nach Sterilitätsbehandlung – auch bei Einlingen – mit weiteren maternalen und neonatalen Schwangerschaftsrisiken (z.B. Früh- und Totgeburten, Plazentastörungen, Schwangerschaftsdiabetes, vorzeitige Wehentätigkeit)<sup>16</sup> assoziiert, die geburtsmedizinische Interventionen nach sich ziehen können (Kolip et al., 2008; Reddy et al., 2007; McDonald et al., 2005). Geburten bei assistierten Schwangerschaften erfolgen sowohl bei Mehrlingen als auch bei Einlingen häufiger durch Kaiserschnitt als in Vergleichskollektiven (Kolip et al., 2008; Kozinski et al., 2003). Kolip et al. (2008) kommen aber nach ihrer multivariaten Auswertung von über 500.000 Datensätzen der Hessischen Perinatalerhebung von 1997 bis 2007 zu dem Ergebnis, dass die genannten Schwangerschaftsrisiken nur zum geringen Teil die erhöhte Kaiserschnitt-rate bei Einlingen nach Sterilitätsbehandlung erklären. Die AutorInnen vermuten, dass diese Schwangerschaften mit einem hohen Sicherheitsbedürfnis in Bezug auf den Geburtsmodus einherzugehen: *„[Die] Eltern [sind] nach einer Sterilitätsbehandlung stärker an eine medizinische Assistenz im Zusammenhang mit reproduktiven Fragen gewöhnt, eine technik-orientierte Unterstützung ist hier also möglicherweise selbstverständlicher. Der Kaiserschnitt erscheint vielen hier als der sicherste Geburtsmodus“* (Kolip et al., 2008, S.220). Diese Vermutung stützen auch die Ergebnisse von Poikkeus et al. (2006), die AutorInnen stellten in ihrer Studie einen deutlichen Zusammenhang zwischen Länge des infertilen Zeitraumes eines Paares mit dringendem Kinderwunsch und zunehmender Angst vor dem Geburtsprozess fest. Bei der Charakterisierung eines veränderten Risikoprofils von Schwangeren im Zusammenhang mit den steigenden Kaiserschnitt-raten fanden die so genannten assistierten Schwangerschaften bislang in der Fachliteratur relativ wenig Beachtung. Es ergeben sich aber Hinweise, dass die Risikowahrnehmung der AkteurInnen im

---

<sup>15</sup> 1997 wurden in Deutschland 4.444 Kinder nach assistierter Schwangerschaft geboren, 2003 waren dies 18.877. Nach Einführung der Selbstkostenbeteiligung bei der Inanspruchnahme einer reproduktionsmedizinischen Behandlung sank die Zahl kontinuierlich, 2008 wurden noch 7606 Kinder nach entsprechender Behandlung geboren. Die Gesamtzahl der Kinder, die nach assistierter Schwangerschaft in Deutschland zwischen 1996 und 2008 entbunden wurden, beträgt 131.543 (DIR, 2009).

<sup>16</sup> Kolip et al. (2008) weisen darauf hin, dass diese Risiken nicht eindeutig auf die Sterilitätsbehandlung oder die zugrunde liegenden Fertilitätsstörungen zurückzuführen sind.

Entscheidungsprozess für einen Geburtsmodus nach Sterilitätsbehandlung wiederum von einem verstärkten Sicherheitsdenken geprägt ist (Kolip et al., 2008).

Erstaunlicherweise findet bei der Beschreibung eines veränderten Risikospektrums von Schwangeren nicht vorrangig der „Zustand nach Sectio“ Erwähnung, obgleich diese Diagnose viele Indikationsstatistiken für Kaiserschnittentbindungen mit anführt (Zhang et al., 2010; AQUA, 2010; MacDorman et al., 2008b). In der Stellungnahme des Landesverbandes der FrauenärztInnen Bremens zu den Hintergründen der steigenden Kaiserschnitttrate wird so beispielsweise die Einstufung einer Folgeschwangerschaft nach Kaiserschnitt als Risikoschwangerschaft und die daraus abgeleitete Begründung für eine weitere Schnittentbindung überhaupt nicht angesprochen (Holthaus-Hesse & König, 2006). Die Diskussion über die Indikation „Zustand nach Sectio“ wird in der Fachwelt kontrovers geführt. In einem anderen Zusammenhang wird diese Kontroverse noch genau in den Blick genommen (vgl. Kapitel 3.2.3).

Festzuhalten bleibt an dieser Stelle zum einen, dass die in der Literatur häufig verwendete Charakterisierung eines veränderten Nutzerinnenprofils in der Geburtsmedizin kausale Zusammenhänge impliziert, die nach aktueller Datenlage nicht als gesichert gelten können. Zum anderen wird das veränderte Risikoprofil, das sich im Zusammenhang mit zuvor erfolgten reproduktions- und geburtsmedizinischen Interventionen ergibt und zu steigenden Kaiserschnitttraten führt, selten als solches in der Fachliteratur thematisiert. Beides kann die öffentliche Wahrnehmung einer verstärkt interventions-orientierten Geburtsmedizin positiv beeinflussen und einen Fortschrittsdiskurs im Sinne „Optimismus der Moderne(n Medizin)“ befördern.

### **Zunahme an geburtsmedizinischen Interventionen**

Der Zusammenhang zwischen steigenden Kaiserschnitttraten und der zunehmenden Möglichkeit und Anwendung von geburtsmedizinischen Interventionen kann an weiteren Beispielen aufgezeigt werden:

Verbesserte Möglichkeiten der pädiatrischen intensiv-medizinischen Betreuung bei Frühgeburten haben auch eine erhöhte Bereitschaft bei den beteiligten AkteurInnen zur Folge, Kinder aus medizinischen (fetalen oder maternalen) Gründen schon ab der 24.SSW per Kaiserschnitt zu entbinden. Die Überlebensprognose von Frühgeborenen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten mit den Fortschritten in der Intensivpädiatrie deutlich verbessert (Ritzert & Neher, 2004).

Yeast et al. (1999) untersuchten retrospektiv über 18.000 Geburtsverläufe (von Einlingen) und zeigten, dass bei Erstgebärenden nach Geburtseinleitung (z.B. wegen Überschreitung des errechneten Geburtstermins) doppelt so viele Geburten durch Kaiserschnitt beendet wurden als nach interventionslosem Geburtsbeginn.

Doumouchsis und Arulkumaran (2009) belegen in ihrer Übersichtsarbeit zur routinemäßigen Geburtsüberwachung durch kontinuierliche Kardiotokographie (CTG), dass diese eine hohe falsch-positive Rate aufweist und mit einer steigenden Anzahl der Schnittentbindungen korreliert. Seebach-Göbel und Wulff wiesen schon 1998 mit ihrer Analyse der bayrischen Perinataldaten von 1987 bis 1996 nach, dass trotz der Zunahme der Kaiserschnitte aufgrund eines pathologischen CTGs keine Senkung der perinatalen Sterblichkeit und Frühmortalität zu verzeichnen war. Beller (2006) plädiert sogar dafür, den Begriff des „fetalen distress“ aufzugeben: *„Wer heute noch daran zweifelt, dass die Zunahme der Sectiohäufigkeit Folge der mangelnden Spezifität und Sensitivität des CTG ist, will die Daten der Literatur immer noch nicht wahrhaben“* (Beller, 2006, S.95).

### **Forensische Einflüsse bei der Entscheidung für einen Geburtsmodus**

Mit den zunehmenden Möglichkeiten von geburtsmedizinischer Diagnostik und Interventionen sowie der damit oft einhergehenden Vorstellung von maximaler Kontrollierbarkeit von Risiken und Beherrschung von Komplikationen in Schwangerschaft und subpartu (Fenwick et al., 2010; Koppelin & Müller, 2010; Büttner, 2008; Green & Baston, 2007) geht gleichzeitig eine Entwicklung einher, dass ÄrztInnen immer stärker forensische Gesichtspunkte in die Entscheidung für eine Entbindungsart mit einbeziehen (müssen) (Fuglenes et al., 2009; Yang et al., 2009; Schach, 2007; Benedetti et al., 2006; Habiba et al., 2006; Tussing & Wojtowycz, 1997; vgl. Kapitel 3.3.2).

2008 wurden in Deutschland 8,4% Kinder vaginal aus Beckenendlage entbunden (BQS, 2009). Ein Jahrzehnt zuvor forderte Martius noch in seinem Standardlehrbuch zur Geburtshilfe, dass die Kaiserschnittfrequenz bei Kindern in Beckenendlage höchstens 30% betragen solle (Martius, 1998). Hier hat sich mittlerweile eine Haltung stark zugunsten der Schnittentbindung durchgesetzt (Huch & Chaoui, 2006). Diese Entwicklung kann als weiteres Beispiel für den Einzug defensiv-medizinischen Denkens aus Angst der GeburtsmedizinerInnen vor juristischen Konsequenzen gewertet werden. Ferner hat die zunehmende Entbindung aus Beckenendlage durch Kaiserschnitt Auswirkungen auf die Ausbildung der nachfolgenden ärztlichen Generation. Für heutige AssistenzärztInnen in Geburtskliniken bestehen kaum noch Möglichkeiten, vaginale Entwicklungen von Kindern aus Beckenendlage zu erlernen, ein Verlust geburtshilflicher Fähigkeiten bei ÄrztInnen ist die Folge (Menacker & Martin, 2009; Huch & Chaoui, 2006, Plante, 2006).

Die Dokumentation „Sonstige Gründe“ lag 2009 in Deutschland mit 15,5% an dritter Stelle der Indikationsstatistik für Schnittentbindungen (AQUA, 2010). Welche Risiken und Indikationen „Sonstige Gründe“ umfassen, bleibt unklar. Seebach-Göbel und Wulff (1998) weisen ausdrücklich darauf hin, dass für sie alle medizinischen Risiken



im Dokumentationskatalog mit anderen Möglichkeiten zur Kodierung abgedeckt sind und stellen fest: „*Sonstiges*‘, muß folglich vermutet werden, beinhaltet nicht-medizinische Risiken: forensische, organisatorische, wirtschaftliche, persönliche, emotionale Risiken mit fließendem Übergang“ (Seebach-Göbel & Wulff, 1998, S.731).

### Weitere paramedizinische Faktoren

Nach der DGGG-Stellungnahme gelten strukturelle Rahmenbedingungen in Geburtskliniken (z.B. Personalbesetzung) auch als Entscheidungskriterien für eine Kaiserschnittindikation (AG MedR DGGG, 2010a). Damit kann davon ausgegangen werden, dass unter „Sonstige Gründe“ ein nicht unwesentlicher Anteil an nicht-medizinisch indizierten Kaiserschnittoperationen so „verschlüsselt“ in die Statistik einfließt. Auch Bailit et al. (2004) sowie Gregory et al. (2001) sehen in strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen bedeutsame Einflussfaktoren für steigende Kaiserschnittraten. Rahmenbedingungen von Geburtskliniken werden in der Fachliteratur ebenfalls im Zusammenhang mit betriebswirtschaftlichen Gründen diskutiert, Entscheidungen für Kaiserschnittentbindungen zu treffen (Hornemann et al. 2008, Xirasagar & Lin, 2007; Villar et al., 2006). Zudem ist die Korrelation von überdurchschnittlich hohen Prozentsätzen an Kaiserschnitten und privatem Versicherungsstatus von Schwangeren seit langem bekannt und gleichfalls in der Kritik, dass hierfür ökonomische Überlegungen zugrunde liegen (Hirrlinger, 2009; Murray & Elston, 2005; Schücking, 2004; Béhague, 2002; Fabri & Murta, 2001; Wagner, 2000; Clarke & Taffel, 1995). Diese so genannten paramedizinischen Faktoren werden ausführlich an anderer Stelle in dieser Arbeit betrachtet (vgl. Kapitel 3.2).

Bezüglich eines Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status von Nutzerinnen der geburtsmedizinischen Versorgung und der Höhe von Kaiserschnittraten werden in der Literatur zum Teil kontroverse Ergebnisse angeführt. Dies liegt auch an unterschiedlichen sozioökonomischen Faktoren, die jeweils in den Arbeiten berücksichtigt werden.

Eine höhere elektive Kaiserschnittrate findet sich weltweit in vielen urbanisierten Landesteilen und Regionen mit einem höheren Einkommensniveau (Chen et al., 2008; Ronsmans et al., 2006; Tang et al., 2006; Villar et al., 2006; Alves & Sheikh, 2005). Hingegen zeigten regionale Faktoren wie Durchschnittseinkommen, Arbeitslosenrate, Urbanisierung oder geburtsklinische Versorgungsdichte bei einer Analyse von US-amerikanischen Geburtsdaten von 1995 bis 1998 keinen signifikanten Zusammenhang mit der Höhe der Kaiserschnittraten (Baicker et al., 2006). Hinter den ebenfalls in dieser Studie vorhandenen regionalen Unterschieden in der Höhe der Kaiserschnittraten vermuteten die AutorInnen regionale Unterschiede der ärztlichen Einstellungen hinsichtlich der Entbindungsmodi: „*This unexplained variations could be labeled as the ‚practice style‘ of an area, (...)*“ (Baicker et al., 2006, S.w363).

Leone et al. (2008) untersuchten in sechs Ländern<sup>17</sup> mit einer auffällig hohen Steigerung der Kaiserschnittraten in den letzten 15 Jahren den diesbezüglichen Einfluss sozioökonomischer Faktoren. Die AutorInnen schlussfolgern aus der von ihnen belegten Korrelation von höherem sozialen Status der Schwangeren und der größeren Wahrscheinlichkeit per Kaiserschnitt zu entbinden, dass dies auf besseren Zugang zum geburtsmedizinischen Versorgungssystem in den entsprechenden Ländern – insbesondere von Bevölkerungsschichten mit einem höheren Einkommen – zurückzuführen ist. Einen eindeutigen Zusammenhang mit dem Bildungsstatus konnten sie allerdings für fünf der untersuchten Länder nicht feststellen.

Nach Analyse von knapp 90.000 römischen Geburtsdatensätzen berichten Cesaroni et al. (2008), dass Frauen mit einem niedrigeren Bildungsstand signifikant häufiger per Kaiserschnitt entbinden. Walker et al. (2004) fanden hingegen bei Befragungen von australischen Wöchnerinnen keine Unterschiede hinsichtlich Bildungsstand und Entbindungsmodus. Tang et al. (2006) wiederum berechneten bei Analyse chinesischer Geburtsdaten eine Odds-Ratio von 4,46 für Erstgebärende mit einem Universitätsabschluss durch Kaiserschnitt zu entbinden (im Vergleich zu Frauen mit dem niedrigsten Bildungsabschluss).

Diese zum Teil gegensätzlichen Ergebnisse werden auch auf kulturelle Unterschiede zurückgeführt. Die State-of-the-Science Conference der NIH wies 2006 darauf hin, dass kultureller Hintergrund als paramedizinischer Faktor Entscheidungen für einen Geburtsmodus maßgeblich beeinflussen kann. Gibbons et al. (2010) verglichen aktuell verfügbare Kaiserschnittraten von 137 Ländern, es zeigte sich eine Spannweite von 45,9% (Brasilien anno 2006) und 0,4% (Chad anno 2004). Die großen Differenzen lassen sich einerseits durch unterschiedlich verfügbare geburtsmedizinische Infrastruktur und deren Zugangsmöglichkeiten erklären, andererseits werden die hohen Kaiserschnittraten in Brasilien seit langem in der Literatur als klassisches Beispiel für den dort „kulturell etablierten Geburtsmodus Sectio cesarea“ angeführt. Zugleich wird auf den Einfluss hiesiger gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen verwiesen. In Brasilien ist eine Sterilisation keine Krankenversicherungsleistung, bei einer Kaiserschnittoperation wird diese allerdings ohne Selbstkostenbeteiligung mit durchgeführt (Kasai et al., 2010; Béhague, 2002; Belizán et al., 1999; Faúndes & Cecatti, 1993). In Europa fällt bei einem Nord-Süd-Gefälle vor allem die hohe Kaiserschnitttrate Italiens auf (39,8% anno 2007) (OECD, 2010). Tranquilli und Giannubilo (2004) führen dies ebenfalls auf eine spezielle gesundheitspolitische Gesetzgebung Italiens zurück, seit 1992 ist die aktive Beteiligung Schwangerer bei der Entscheidung für eine Ent-

---

<sup>17</sup> Bei den sechs Ländern handelt es sich um Bangladesch, Kolumbien, die Dominikanische Republik, Ägypten, Vietnam und Marokko.

bindungsart gesetzlich festgeschrieben. In der Folge hat sich laut der Autoren der Kaiserschnitt in der italienischen Gesellschaft als „normaler Geburtsmodus“ etabliert.

Der Einflussfaktor „sozioökonomischer Status von Nutzerinnen der geburtsmedizinischen Versorgung“ auf die Höhe von Kaiserschnitttraten muss demzufolge als heterogener Komplex verstanden werden, welcher länderspezifisch von kulturell-gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Gegebenheiten mitbestimmt wird.

So verknüpft beispielsweise Husslein (2008) den Trend im deutschsprachigen Raum zu einer stetig sinkenden Durchschnittskinderzahl pro Paar (<2) mit dem Hinweis auf eine immer stärker werdende Betonung von Selbstbestimmung der Nutzerinnen der geburtsklinischen Versorgung und kommt angesichts dieser Überlegungen zu dem Schluss, dass auch hier der Kaiserschnitt bald die „*vorherrschende Geburtsform*“ darstellen wird (Husslein, 2008; S.698).

Seit den 1990er Jahren wird das Recht auf Selbstbestimmung der Frau bezüglich der Entbindungsart zunehmend von ärztlichen Professionellen befürwortet (ACOG, 2008; Cyr, 2006; Haller et al., 2002; Husslein & Langer, 2000; Paterson-Brown & Fisk, 1997; Al Mufti, 1996). Auch Nutzerinnen des geburtsklinischen Versorgungssystems in den so genannten Industriestaaten betonen verstärkt ihr Recht auf die Wahl des Geburtsmodus (Fenwick et al., 2010; Kolip, 2008; Baumgärtner, 2007; Pakenham et al., 2006; Schach, 2006). Auf damit einhergehende Veränderungen in Interaktionsgestaltungen zwischen ärztlichen Professionellen und Nutzerinnen wird in einem eigenen Kapitel noch ausführlich eingegangen (vgl. Kapitel 3.3.3).

### **„Wunschkaiserschnitt“**

Die Angaben in Fachpublikationen über den Anteil von „Wunschkaiserschnitten“ an den Kaiserschnitttraten variieren zum Teil stark (u.a. wegen unterschiedlich zugrunde gelegten Definitionen; vgl. Kapitel 2.1.3). Im Zuge der zunehmenden ärztlichen Akzeptanz des Selbstbestimmungsrechts für einen bestimmten Geburtsmodus wird in der geburtsmedizinischen Literatur jedoch verstärkt der so genannte Wunschkaiserschnitt als eine Ursache für steigende Kaiserschnitttraten beschrieben (Hübner & Jacob, 2006; Huch & Chaoui, 2006; Bailit et al., 2004; Kolås et al., 2003; Hickl, 2002; Marx et al., 2001; Jackson & Irvine, 1998). In anderen Veröffentlichungen hingegen widersprechen ExpertInnen ausdrücklich, dass der Anteil der Schnittentbindungen auf Wunsch die steigenden Kaiserschnitttraten (mit-)erklärt (Pevzner et al., 2008; Schneider, 2008; Weaver et al., 2007; Lutz & Kolip, 2006; Hellmers & Schücking, 2005a; Gamble & Creedy, 2000).

Indes wird von beiden Seiten auf den Einfluss der Medien verwiesen, die die Entbindung per Sectio in der Öffentlichkeit als risikoarmen Standardgeburtsmodus dar-

stellen und somit die Geburtsmoduspräferenz der Nutzerinnen mitprägen<sup>18</sup> (ACOG, 2008; Schneider, 2008; Hübner & Jacob, 2006; Lutz & Kolip, 2006).

Angesichts stark gesunkener Mortalitätsraten bei elektiven Sectiones wird der Kaiserschnitt zunehmend als Präventivmaßnahme vor Beckenbodenschäden diskutiert. Seit Mitte der 1990er Jahre findet sich ein deutlicher Anstieg der Veröffentlichungen zu Harn- und Stuhlinkontinenz, Beschwerden durch Senkung der Gebärmutter und Sexualstörungen nach vaginaler Entbindung (Ekström et al., 2008; Culligan et al., 2005; Dietz & Wilson, 2005; Faridi et al. 2002; Husslein, 2001; Dannecker & Anthuber, 2000; Handa et al., 1996). Die Einflussnahme dieser Publikationen auf Professionelle und Nutzerinnen der geburtsmedizinischen Versorgung und ein dadurch bedingtes Umdenken zugunsten der Schnittentbindung auch ohne medizinische Indikation liegen nahe (Baumgärtner & Schach, 2010; Turner et al., 2008; Kolip, 2008; Hickl, 2002). Mittlerweile verdichten sich jedoch Hinweise in der Fachliteratur, dass der protektive Effekt einer elektiven Schnittentbindung zur Vermeidung einer Beckenbodeninsuffizienz nur temporär begrenzte Wirksamkeit aufweist (Nelson et al., 2006; Barrett et al., 2005; Nygaard, 2005; vgl. Kapitel 3.2.3).

Dem elektiven Kaiserschnitt wird ebenfalls ein protektiver Effekt hinsichtlich schwerer kindlicher Morbidität als Folge von Asphyxie<sup>19</sup> oder Trauma während des vaginalen Geburtsvorgangs zugeschrieben und als Begründung für Entscheidungen zugunsten von Schnittentbindung angeführt (Matthews et al., 2003; Haller et al., 2002; Husslein & Langer, 2000; vgl. Kapitel 2.3.2). Die meisten Studien nahmen hierzu allerdings die kurzfristigen peri- und postpartalen Risiken und Nutzen der Kinder bei den unterschiedlichen Geburtsmodi in den Blick. Zunehmend werden in Studien nun aber auch längerfristige Auswirkungen von Kaiserschnittentbindung auf Kinder untersucht und die Ergebnisse weisen auf einige langfristige Morbiditäten hin (vgl. Kapitel 3.2.3).

Jenseits dieser medizinbasierten Argumentationen scheinen im Zusammenhang mit (ärztlichen) Entscheidungen für die Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ insbesondere paramedizinische Faktoren Bedeutung zu haben. Habiba et al. (2006) befragten 1530 klinisch tätige FrauenärztInnen in acht europäischen Ländern zu ihrer Bereitschaft, einen Kaiserschnitt auf Wunsch von Schwangeren durchzuführen. Die größte Zustimmung zeigte sich bei ÄrztInnen aus Großbritannien (79%) und Deutschland (75%), die geringsten Quoten ergaben sich in Spanien (15%) und Frankreich (19%). Die zwei am häufigsten angegebenen Begründungen der ÄrztInnen für ihre Einwilligung waren das Selbstbestimmungsrecht der Frau und die Vermeidung foren-

---

<sup>18</sup> Penna und Arulkumaran sprechen in diesem Zusammenhang auch von „*Peer group pressures*“ (Penna & Arulkumaran, 2003, S.400).

<sup>19</sup> Asphyxie bezeichnet den Sauerstoffmangel der fetalen Organe (Schulte & Speer, 2007).

sischer Konsequenzen. Zudem lassen diese Ergebnisse schon allein innerhalb Europas unterschiedliche kulturell-gesellschaftliche Einflüsse auf ärztliche Haltungen bei Entscheidungen für einen Geburtsmodus vermuten (vgl. Kapitel 3.3.2). Die Annahme von Seebach-Göbel und Wulff (1998), dass in Deutschland unter der Kodierung „Sonstige Gründe“ eine Vielzahl nicht-medizinischer Gründe verschlüsselt wird und somit auch „Wunschkaiserschnitte“ darunter subsumiert werden, erscheint vor dem Hintergrund der Studienergebnisse von Habiba et al. (2006) plausibel.

Studien mit der Fragestellung, welche Motive Schwangere zur Entscheidung für einen „Wunschkaiserschnitt“ bewegen, zeigen zumeist, dass der Faktor Angst eine entscheidende Rolle spielt. Häufig wird Angst vor Geburtsschmerzen genannt (Serçekuş & Okumuş, 2009; Béhague, 2002; Gamble & Creedy, 2001; Osis et al., 2001), aber auch Befürchtungen vor eigenen oder kindlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden geäußert (Pang et al., 2008; Hildingsson et al., 2002; Gamble & Creedy, 2001). Genau diese Ängste um die Sicherheit des Kindes, vor Schmerzen und organischen Spätschäden werden in der DGGG-Leitlinie als relative, allgemein medizinische Sectioindikationen definiert (AG MedR DGGG, 2010a) und somit wird ein solch motivierter Kaiserschnitt von der DGGG nicht als gewünschter Geburtsmodus gewertet.

Hildingsson et al. (2002) stellten in ihrer Studie bei Schwangeren, die sich für einen „Wunschkaiserschnitt“ entschieden, jedoch eine Vielzahl weiterer Ängste fest, die nicht in Zusammenhang mit einer bestimmten Entbindungsart stehen. Die befragten Schwangeren gaben unter anderem finanzielle Sorgen, Beziehungsprobleme oder Angst vor beruflichen Schwierigkeiten an. Anhand von soziodemographischen Angaben und Daten zum sonstigen Gesundheitsstatus der Befragten (z.B. Depressionen oder Nicotinabusus) kamen die AutorInnen zu dem Schluss, dass diese Frauen einer vulnerablen Gruppe zuzuordnen sind, die statt einer Schnittentbindung besser psychologische Begleitung erhalten sollte. Gleichzeitig unterstreichen diese Ergebnisse die zunehmend formulierte Kritik an dieser Art der Auslegung von Indikationsstellung, da jede Schwangerschaft mit diversen Ängsten vor anstehenden Einschnitten in das bisherige Leben verbunden sein kann (David & Kentenich, 2008; Hellmers & Schücking, 2005a; Rott et al., 2000)<sup>20</sup>.

Zwei Studien werden hier exemplarisch angeführt, um weiteren Aufschluss über Ängste hinsichtlich des Geburtsprozesses zu geben: 2003 befragten Green und Baston 1146 Frauen vier Wochen präpartal zu ihren Erwartungen an das Geburtsgeschehen und sechs Wochen postpartal zu ihren Erfahrungen mit einer vaginalen

---

<sup>20</sup> Zugleich muss jedoch in Betracht gezogen werden, dass sexuelle Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte von Frauen möglicherweise zu Ängsten vor einer vaginalen Entbindung führen, diese können eine Indikation für einen Kaiserschnitt darstellen.

Entbindung. Angst vor Geburtsschmerzen wurde häufig vor der Geburt geäußert, während der Wehenschmerzen erlebten die Befragten jedoch ebenfalls ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit. 2007, nach Auswertung von 18 Interviews mit Erstgebärenden, die sich ohne geburtsmedizinische Notwendigkeit für einen Kaiserschnitt entschieden hatten, schlussfolgert Baumgärtner: *„Der Kaiserschnittwunsch und seine Umsetzung sind möglicherweise zu verstehen als ein Ausdruck des Bedürfnisses, in einer Situation antizipierter Hilflosigkeit und des Gefühls von Ausgeliefertsein handlungsfähig zu bleiben“* (Baumgärtner, 2007, S.542). Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse könnte vermutet werden, dass Frauen mit dem Wunsch nach Kaiserschnittentbindung (auch) verstärkt unter selten thematisierten Ängsten leiden, wie beispielsweise die Angst vor Kontrollverlust während des Geburtsprozesses. Zudem wurden 2008 in Deutschland 71,6% aller entbundenen Frauen als Schwangere mit Risiken eingestuft (BQS, 2009). Diese Praxis, mehr als zwei Drittel aller Schwangeren mit einem nicht quantifizierten Risiko zu versehen, kann zur Verstärkung bereits vorhandener Angstgefühle beitragen<sup>21</sup>.

Die immer stärkere Interventionsorientierung in der Geburtsmedizin und deren positive Darstellung als medizinischer Fortschritt können bei schwangeren Frauen mit der Aussicht auf maximale Kontrollierbarkeit von Risiken, Beherrschung von Komplikationen, erhöhte Sicherheit und Machbarkeit verbunden werden. Die Vorstellung, Unvorhersehbares auszuschalten kann somit zur Entscheidung für eine scheinbar schmerzfreie und kontrollierbare Geburt per Kaiserschnitt führen (Andrist, 2008; Miesnik & Reale, 2007; Penna & Arulkumaran, 2003).

### **Häufigkeit des „Wunschkaiserschnitts“**

Die Angaben in der Literatur über den Anteil von Schnittentbindungen auf Wunsch an den Kaiserschnitttraten unterliegen starken Schwankungen. Diese zum Teil deutlichen Differenzen sind zum einem auf verschiedene zugrunde gelegte Definitionen zurückzuführen. Gossman et al. (2006) weisen beispielsweise darauf hin, dass unterschiedliche Auffassungen, ob der Status nach Kaiserschnitt eine medizinische Indikation darstellt, wesentlichen Einfluss auf die Höhe der Raten der „Wunschkaiserschnitte“ nehmen können. Angesichts der bestehenden ärztlichen Definitionsmacht hinsichtlich der Indikation für eine Schnittentbindung beeinflussen zum andern unterschiedliche subjektive ärztliche Deutungen der von Schwangeren genannten Ängsten die entsprechenden Angaben. Weiterhin können diese Deutungsmuster – und somit auch die Indikationsstellungen und Definitionen – kulturellen Einflüssen

---

<sup>21</sup> Die Anzahl der im Mutterpass zu dokumentierenden Risikofaktoren erhöhte sich in dem Zeitraum von 1968 bis 1986 von 12 auf 52, entsprechend findet sich auch eine Zunahme der als Risikoschwangere bezeichneten Frauen. Niedersächsische Daten zeigen einen Anstieg der Risikoschwangeren von 29,9% im Jahr 1987 auf 74% im Jahr 1999 (Hellmers & Schücking, 2005b).

unterliegen (Chigbu et al., 2007). Schließlich sind Studien zur Häufigkeit von „Wunschkaiserschnitten“ noch in ihrer Fragestellung nach dem geäußerten Wunsch oder der Durchführung einer gewünschten Schnittentbindung zu unterscheiden.

Hildingsson et al. (2002) befragten in Schweden 3013 schwangeren Frauen zu ihrer Präferenz eines Geburtsmodus, von diesen äußerten 8,2% den Wunsch nach einem Kaiserschnitt. In England, Wales und Nordirland gab es diesen Wunsch bei 7% der Studienteilnehmerinnen (Penna & Arulkumaran, 2003). Zwei frühere Untersuchungen aus Großbritannien berichten jedoch auch über 30%ige und 38%ige Nachfragen nach Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation (Cooke et al., 1998; Jackson & Irvine, 1998). Eine chilenische Studie mit Daten aus den Jahren 1995 bis 1997 zeigte bei 18% der Befragten den Wunsch nach Kaiserschnitt (Murray, 2000). In einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2007 umfassen die Angaben zu dem Anteil an Frauen, die einen Kaiserschnitt für die Geburt ihres Kindes bevorzugen würden, einen Bereich von 0,3% bis 14% (McCourt et al., 2007).

19,8% aller primären Kaiserschnitte wurden schon 1994 in Schottland auf mütterliche Nachfrage durchgeführt (Wilkinson et al., 1998). In Norwegen stellte der Wunsch von Schwangeren 2002 den zweithäufigsten Grund (nach Zustand nach Sectio) für einen elektiven Kaiserschnitt dar, das waren 7,6% aller Sectiones der Untersuchung (Kolås et al., 2003). Eine italienische Studie weist 9% aller Kaiserschnitte als Wunschgeburtsmodus aus (Tranquilli & Giannubilo, 2004). Robson et al. (2009) schätzen, dass 2006 in Australien 3,2% aller Geburten durch eine Sectio auf Wunsch beendet wurden; dies entsprach 17,3% aller primären Kaiserschnitte. Für die Vereinigten Staaten schwanken die Angaben zur Häufigkeit der gewünschten Schnittentbindung zwischen 2,5% und 6% (Plante, 2006).

In Deutschland stellte Hellmers (2005) fest, dass etwa 4% aller von ihr Befragten sich in der Frühschwangerschaft einen Kaiserschnitt wünschten. In einer weiteren deutschen Studie war bei 2% von 1339 Befragten, die 2004 einen Kaiserschnitt erhielten, keine medizinische Indikation nachzuweisen (Lutz & Kolip, 2006).

### **Ursachen steigender Kaiserschnittsraten – ein Resümee**

In dieser lediglich kurz skizzierten Darstellung der in der Literatur diskutierten Ursachen für steigende Kaiserschnittsraten wird dennoch deutlich, dass die Zusammenhänge viel komplexer sind, als dies beispielsweise durch die in Deutschland übliche Dokumentation der Kaiserschnittindikationen abgebildet wird. Ebenfalls zeigt sich, dass die in Publikationen häufig verwendete Einteilung und Auflistung von Ursachen in „*Patientinnenabhängige Faktoren*“ und „*Klinische und ärztliche Faktoren*“ (Huch & Chaoui, 2006, S.783) der Komplexität und einer wechselseitigen Beeinflussung nicht gerecht werden. Letztlich erstaunt ein solches „Zusammenspiel“ nicht, wenn der Entscheidung für einen („Wunsch“-)Kaiserschnitt Interaktionsprozesse zwischen

Professionellen und Nutzerinnen zugrunde liegen. Es scheint allerdings zu kurz gegriffen, darunter einzelne Interaktionssituationen zwischen Schwangeren und ÄrztInnen zu verstehen. Risikowahrnehmung und Risikobewertung sind bei allen an der Entscheidung für einen Kaiserschnitt beteiligten AkteurInnen prozesshafte Entwicklungen, die zudem noch dem Einfluss von nicht mittelbar beteiligten Dritten unterliegen können (Leppin, 2001; vgl. Kapitel 3.3.3).

Zusammenfassend bleibt an dieser Stelle zunächst festzuhalten, dass die in vielen Ländern steigenden Kaiserschnittsraten nicht eindeutig auf einzelne Ursachen zurückzuführen sind. Die häufig angeführte Beschreibung eines veränderten Nutzerinnenprofils in der geburtsmedizinischen Versorgung – im Sinne von älter, adipöser und chronisch kränker – begründet diese Entwicklung jedenfalls nicht hinreichend. Je nach Auslegung der „weichen, relativen Indikationen“ kann aufgrund der hier geltenden ärztlichen Definitionsmacht durchaus auch der „Wunschkaiserschnitt“ als eine mögliche Ursache für steigende Kaiserschnittsraten gelten (Stjernholm et al., 2010). In Anbetracht dieser Deutungsmacht und angesichts der Hinweise auf eine angst-motivierte Nachfrage einer Entbindung per Kaiserschnitt dieses Geschehen ausschließlich auf den bloßen Wunsch der Nutzerinnen nach Selbstbestimmung zurückzuführen, wird allerdings der zugrunde liegenden Komplexität des gesamten Prozesses nicht gerecht. Vielmehr könnte eine solche Darstellung als (gewolltes) Verschieben von (forensisch relevanten) Verantwortlichkeiten gedeutet werden, zumal „sonstige“ bedeutsame paramedizinische Ursachen bei dieser thematischen Fokussierung eher in den Hintergrund rücken.

Das gängigste Begründungsmuster in der Fachliteratur für den Zuwachs an Schnittentbindungen insgesamt sowie für die zunehmende Akzeptanz des so genannten „Wunschkaiserschnitts“ entspricht allerdings der folgenden medizinbasierten Argumentationskette: „Durch veränderte Operations- und Narkosetechniken werden sinkende mütterliche Morbidität und Mortalität und ein verbessertes kindliches Outcome – insbesondere im Vergleich elektiver Kaiserschnittentbindungen zu Vaginalgeburten – erzielt“. Dieser seit mehr als einem Jahrzehnt proklamierte geburtsmedizinische Paradigmenwechsel wird jedoch mittlerweile stark in Frage gestellt, so kommen beispielsweise MacDorman et al. (2008b) zu dem Schluss: „ (...), *there seems to be more evidence now than at the time of the NIH conference [Anm. Verf.: anno 2006] for an increased risk for maternal and neonatal mortality and morbidity for medically elective cesareans compared with vaginal births*“ (MacDorman et al., 2008b, S.303). Eine genauere Betrachtung der entsprechenden Studienlage und deren Evidenzbasierung erfolgt nun im nächsten Abschnitt.



## **2.3 KAISERSCHNITTTECHNIK UND RISIKOBEWERTUNG IM WANDEL**

In den 1980er Jahren galt eine niedrige Kaiserschnitttrate als ein Qualitätsmerkmal einer „guten“ Geburtsklinik (Huch & Chaoui, 2006). Kaum 20 Jahre später wurde der Kaiserschnitt in großen Teilen der geburtsmedizinischen Fachwelt als *„nur eine kurze Unterbrechung im normalen Leben der Frau“* betrachtet (Huch, 2001; S.144) und wird mittlerweile als die weltweit am häufigsten bei Frauen durchgeführte abdominale Operation angesehen (Hofmeyr et al., 2009; Simm & Mathew, 2008).

Diese grundlegende Veränderung in der Risikobewertung der operativen Schnittentbindung basiert vorrangig auf den zwischenzeitlich veränderten Operations- und Narkosetechniken, welchen ein verbessertes mütterliches und kindliches Outcome zugeschrieben wird. Die in der Fachliteratur angeführten Vorteile der geburtsoperativen Weiterentwicklungen werden bei elektiven Kaiserschnitten verstärkt geltend gemacht.

Die Steigerung der Kaiserschnittraten ist zunehmend auf den Anstieg der primären Sectionen zurückzuführen, von diesen nehmen insbesondere die elektiven Operationen einen großen Anteil ein (AQUA, 2010; CDC, 2006; Declercq et al., 2005; Bailit et al., 2004). Zu der Gruppe der primären, elektiven Sectionen zählt auch der „Wunschkaiserschnitt“. Die steigende Akzeptanz dieser Entbindungsart wird gleichfalls mit der sinkenden Mortalität und Morbidität aufgrund des medizinischen Fortschritts<sup>22</sup> legitimiert.

Vor dem Hintergrund dieser Argumentation werden zunächst die Veränderungen der Operations- und Narkosetechniken bei Schnittentbindungen seit den 1980er Jahren skizziert und die Diskussion über deren Vorteilhaftigkeit in der Literatur betrachtet. Im Anschluss daran wird hinsichtlich der gewählten Fragestellung dieser Arbeit insbesondere die Risikobewertung von elektiven Schnittentbindungen in den Blick genommen. Aus methodischer Sicht ist bei dem Wunsch nach einem Kaiserschnitt bei Frauen ohne somatische Erkrankungen und einem unauffälligen Verlauf einer reifen Einlingsschwangerschaft in Schädellage insbesondere der Risikovergleich zwischen einer geplanten Sectio ohne (geburts-)medizinische Bedrohung für Frau oder Kind und einer angestrebten vaginalen Entbindung von Bedeutung (NIH, 2006).

### **2.3.1 Veränderung der Operations- und Narkosetechniken**

Im Verlauf der Geschichte wurden unterschiedliche Operationstechniken der Kaiserschnittentbindung zu unterschiedlichen Zeiten jeweils als zeitgerechte Routine-

---

<sup>22</sup> Diesbezüglich werden neben Veränderungen der Operations- und Narkosetechniken vor allem auch Infektions- und Thromboembolieprophylaxe angeführt (McElrath, 2004; Rath, 2001; Mandach, 2001).

methode angesehen (vgl. Kapitel 3.1.3). Auch in der jüngeren Vergangenheit wurde – mit regionalen Verschiedenheiten – eine Operationsmethode zumeist als „state of the art“ bezeichnet. Die Wahl der Operationstechnik wird überdies stark von klinischen Faktoren (Gestationsalter, Kindslage, Kindgröße, Ein- oder Mehrlinge, fetaler und maternaler Zustand) bestimmt (Simm & Mathew, 2008; Huch & Chaoui, 2006). Bei den weiteren Ausführungen zu Techniken bei einer Kaiserschnittoperation wird von klinisch unauffälligen Faktoren bei einer reifen Einlingsschwangerschaft in Schädellage ausgegangen.

Vereinfacht lässt sich das operative Vorgehen bei Kaiserschnitt in folgende Schritte unterteilen: Hautschnitt, weitere Baucheröffnung, Eröffnung des Bauchfells (Peritoneum), Uterusinzision (Einschnitt in die Gebärmutter), Entwicklung des Kindes und Abnabeln, Lösung der Plazenta, Wundverschluss des Uterus, Verschluss des Bauchfells, weiterer Bauchverschluss und Hautverschluss (Simm & Mathew, 2008; Huch, 2001). Grundsätzlich gelten Aspesis, minimales und gewebeschonendes Vorgehen, gute Blutstillung, Verzicht exzessiven Gebrauchs von Nahtmaterial und adäquate Adaption von Wundrändern (bei Erhaltung der Durchblutung in der Nahtzone) als „*Principles of good practice in surgery for caesarean section*“ (Simm & Mathew, 2008, S.94).

### **Der „konservative“ Kaiserschnitt**

Bis vor knapp 20 Jahren wurde die auf den von Kehrer und Sänger Ende des 19. Jahrhunderts entwickelten Operationsmethoden (vgl. Kapitel 3.1.3) basierende „*conservative*“ Kaiserschnitttechnik (Friese, 2001, S.150) als operatives Standardvorgehen angesehen. Von einer weiteren Modifikation wurden keine verbesserten Ergebnisse mehr erwartet (Friese, 2001; Litschgi, 2001).

Bei dieser Operationstechnik erfolgt die Eröffnung des Situs (Operationsgebiet) durch den suprapubischen Pfannenstiel-Querschnitt<sup>23</sup>: Der Hautschnitt wird ungefähr einen Zentimeter unterhalb der Schamhaargrenze gelegt, das Subcutangewebe wird mit Skalpell oder elektrischem Messer durchtrennt, die Muskelfazie (flächenhafte Bindegewebsschicht) wird mit der Schere eröffnet und die Muskeln werden zum Teil stumpf, zum Teil mit der Schere separiert. Die Eröffnung des Bauchraumes erfolgt mit der Längsdurchtrennung des Bauchfells mittels Schere. Danach wird der Darm mit feuchten Bauchtüchern abgestopft um eine großflächige Verteilung von Blut und Fruchtwasser zu verhindern. Die Blase wird zum Teil stumpf, zum Teil scharf vom Uterus abpräpariert (Huch & Chaoui, 2006; Friese, 2001).

---

<sup>23</sup> Hermann Johannes Pfannenstiel (1862-1909) hat als erster Operateur die Eröffnung der Bauchdecke durch quere Durchtrennung der Gewebsschichten oberhalb des Schambeins (Os pubis) durchgeführt (vgl. Kapitel 3.1.3).

Die Eröffnung der Gebärmutter wird im europäischen Raum<sup>24</sup> als tiefe quere Uterusinzision mit Skalpell oder Schere vorgenommen. Nach Entwicklung sowie Abnabeln des Kindes und Gabe von Kontraktionsmitteln wird in der Regel die spontane Lösung des Mutterkuchens abgewartet oder diese durch manuell dosierten Zug an der Nabelschnur unterstützt. Üblicherweise erfolgt danach bei noch geschlossenem Muttermund eine Zervixaufdehnung<sup>25</sup> (Huch & Chaoui, 2006; Friese, 2001; Litschgi, 2001). Der Verschluss der Uterotomie (Gebärmutterwunde) wird in zwei oder drei Nahtschichten – zum Teil mit Einzelnähten – vorgenommen. Nach Blutstillung und Kontrolle auf Bluttrockenheit sowie Entfernen der Bauchtücher erfolgt der schichtweise weitere Nahtverschluss von Bauchfell, Muskeln, Muskelfaszie, subcutanem Gewebe und Haut. Bei Bedarf erfolgt zuvor zusätzlich das Legen von Redondrainagen<sup>26</sup> in den jeweiligen Schichten (Huch & Chaoui, 2006; Friese, 2001; Litschgi, 2001).

### Der „sanfte“ Kaiserschnitt

Im September 1994 wurde die Misgav-Ladach-Methode zur Kaiserschnittentbindung auf dem FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics in Montreal erstmals vorgestellt (Stark & Finkel, 1994). Entwickelt wurde diese Methode im Misgav-Ladach General Hospital in Jerusalem von Stark. Im deutschsprachigen Raum wird diese Technik auch als „*sanfte Sectio*“ bezeichnet (Huch & Chaoui, 2006, S.786).

Holmgren et al.<sup>27</sup> charakterisierten diese Technik 1999 in einer Publikation: „*The basic philosophy is to work in harmony with the body's anatomy and physiology and not against them*“ (Holmgren et al., 1999, S.615). Zwei Jahre später verwendet Stark für das operative Vorgehen bei der Misgav-Ladach-Methode folgende Metapher: „*The muscles, blood vessels and nerve fibres, attached like strings on a musical instrument, are easily pushed and not torn or severed, causing minimal blood loss and tissue damage*“ (Stark, 2001, S.149). Bei diesen Formulierungen kann nachvollzogen werden, warum sich im deutschen Sprachgebrauch der Begriff des „sanften Kaiserschnittes“ etablieren konnte.

Im Vergleich zur konservativen Methode hat Stark einige Modifikationen zur Vereinfachung der Operationstechnik vorgenommen, die sich deutlich an ein von Joel-

---

<sup>24</sup> Im nordamerikanischen Raum findet teilweise noch die vertikale Uterusinzision Anwendung (Huch & Chaoui, 2006).

<sup>25</sup> Die Aufdehnung des Muttermundes erfolgt unter der Vorstellung, dadurch einen besseren Abfluss der Lochien (Wochenfluss) zu gewährleisten.

<sup>26</sup> Saugdrainagen zur Ableitung von Blut und Wundsekret

<sup>27</sup> Stark ist einer der Co-Autoren.

Cohen 1972 veröffentlichtes operatives Vorgehen zur Anwendung bei Hysterektomie anlehnen (Huch & Chaoui, 2006; Holmgren et al., 1999):

Der Hautschnitt wird etwa zwei Zentimeter höher gelegt, das subcutane Gewebe wird stumpf mit den Fingern auseinandergezogen. Gleiches gilt nach minimaler scharfer Eröffnung für die Muskelfazie. Subfazialer Raum und Muskeln werden stumpf von der Umgebung getrennt. Um Blasenverletzungen zu vermeiden wird das Bauchfell ebenfalls stumpf mit den Fingern quer eröffnet. Auf ein Abstopfen des Darmes mit Bauchtüchern und die Abpräparation der Harnblase wird verzichtet (Stark, 2001; Holmgren et al., 1999).

Die Uterusinzision erfolgt mit Skalpell, die weitere Eröffnung der Gebärmutter wird stumpf vorgenommen. Nach Kindsentwicklung und Abnabeln wird die Plazenta manuell gelöst und der Uterus vor die Bauchdecke luxiert (gelagert), dabei wird die Gebärmutter manuell zur Kontraktion angeregt. In dieser Position erfolgt der Verschluss der Uterotomie durch eine einschichtige fortlaufende Naht, auf eine Dilatation der Zervix wird verzichtet. Nach Zurückverlagerung der Gebärmutter in den Bauchraum werden nur größere Blutkoagel entfernt. Statt fünf Nahtschichten werden zum Bauchverschluss bei der Misgav-Ladach-Methode nur zwei Schichten (Muskelfazie und Haut) per Naht geschlossen, bei Bauchfell, Muskeln und Subcutangewebe wird auf Nähte verzichtet. In der Regel erfolgt auch kein Legen von Redondrainagen (Stark, 2001; Holmgren et al., 1999).

Ersichtlich ist bei dieser Technik im Vergleich zu der konservativen Methode die Zeit- und Materialersparnis, entsprechend wurde dieses operative Vorgehen zunächst insbesondere für Länder mit nur geringen Ressourcen im Gesundheitssystem empfohlen: „*For low-income-countries working under less than ideal conditions it is also cheaper (...)*“ (Holmgren et al., 1999, S.620).

Als weitere Vorteile wurden bei der Vorstellung der Misgav-Ladach-Methode eine kürzere Narkoseexposition für Mutter und Kind, ein geringerer postoperativer Verbrauch von Antibiotika und Analgetika, eine schnellere Rekonvaleszenz sowie das einfache Erlernen dieser Operationstechnik genannt (Holmgren et al., 1999). Stark führt eine schnellere postoperative Erholung der Mutter auf einen geringeren Blutverlust durch kurze Operationszeiten und vermehrtem Erhalt von Blutgefäßen zurück. Zudem wird ein schnelleres Einsetzen der Darmtätigkeit und somit die Möglichkeit der frühzeitigen Nahrungsaufnahme beschrieben. Daraus resultiert für Stark auch eine verbesserte Betreuung des Kindes durch die Mutter und eine erhöhte Stillrate nach Kaiserschnitt (Stark, 2001).

1995 publizierten Stark et al. erstmals Ergebnisse einer kleinen retrospektiven, nicht-randomisierten Studie (Misgav-Ladach vs. Pfannenstiel) und berichteten über eine

geringere postoperative entzündliche Morbidität hinsichtlich fieberhafter Verläufe und Adhäsionen (Verwachsungen) bei der Misgav-Ladach-Technik. Ähnliche Resultate bezüglich geringerer postoperativer Infektionsraten ergaben nachfolgende Vergleichsstudien, ferner wurde in diesen auf geringeren Blutverlust, geringeren postoperativen Analgetikaverbrauch sowie auf eine kürzere Operationsdauer hingewiesen (Ansaloni et al., 2001; Redlich & Köppke, 2001; Varga & Bódis, 2001; Darj & Nordström, 1999; Wood et al., 1999).

Darj und Nordström (1999) führten die erste randomisierte kontrollierte Studie zum Vergleich beider Operationstechniken (Misgav Ladach vs. Pfannenstiel) durch. Bei den nach der Misgav-Ladach-Methode operierten Frauen<sup>28</sup> wurden postoperativ signifikant weniger Analgetika benötigt. Die AutorInnen stellten bei dieser Methode zudem einen geringeren Blutverlust (448ml vs. 608ml) und kürzere Operationszeiten (12,5 min vs. 26 min)<sup>29</sup> fest. Vergleichbare Ergebnisse beschrieben Varga und Bódis (2001) und berichteten zusätzlich über die kürzere postoperative Verweildauer der Patientinnen mit einer Misgav-Ladach-Operation.

In einer Übersichtsarbeit zu Vergleichsstudien von den einzelnen Operationsschritten wiesen Hema und Johanson (2002) allerdings darauf hin, dass durch das manuelle Lösen der Plazenta bei der Misgav-Ladach-Methode zwar die Operationszeit verkürzt wurde, dafür jedoch ein größerer Blutverlust als bei der Nabelschnurzug-Lösung festzustellen war. Zudem wurde hierbei postoperativ ein häufigeres Auftreten von Endometritis (Entzündung der Gebärmutter Schleimhaut) verzeichnet. Ferner bezweifelten die Autoren, dass die Uterusluxation vor die Bauchdecke einen Vorteil darstellt<sup>30</sup>.

In einem folgenden Cochrane-Review wurden keine signifikanten Unterschiede bezüglich Blutverlust und Wundinfektionsrate im Vergleich zwischen extra- und intra-abdominaler Uterusnaht festgestellt (Jacobs-Jokhan & Hofmeyr, 2004).

Kontroverse Ansichten finden sich über den Gebärmutterverschluss mit nur einer Nahtreihe. Diese Verschluss Technik, die alle Uterusschichten mit einer Naht erfasst, führt intraoperativ zu einer schnellen Blutstillung der Wunde (Dyson, 2010; Stark, 2001). Hingegen wird infrage gestellt, ob aufgrund der schnellen Rückbildung des Gebärmuttergewebes postpartal nur eine fortlaufende Nahtreihe eine ausreichende Adaption der Wundränder im postoperativen Verlauf gewährleistet (Simm & Mathew, 2008; Huch & Chaoui, 2006; Lee-Parritz, 2004).

---

<sup>28</sup> In dieser Studie erfolgten 24% der Kaiserschnittentbindungen aufgrund der Indikation „*fear of delivery*“ (Darj & Nordström, 1999, S.38).

<sup>29</sup> In anderen Studien wurden ebenfalls schnellere Operationszeiten bei der Misgav-Ladach-Methode gemessen, die Zeiten in der Studie von Darj und Nordström sind für beide Methoden jedoch erstaunlich kurz. Redlich und Köppke (2001) geben beispielsweise in ihrer Vergleichsstudie Zeiten von 29,8 Minuten versus 49,3 Minuten an.

<sup>30</sup> Stark begründet die Uterusluxation mit einer besseren Übersicht und einem geringeren Blutverlust durch Zug an den Uterusgefäßen (Stark, 2001).

In einer Kohortenstudie mit 1980 Teilnehmerinnen verglichen Bujold et al. (2002) den Schwangerschaftsverlauf von Frauen mit ein- und zweireihigem Nahtverschluss der Gebärmutter bei einer zuvor erfolgten Sectio. Bei einreihigem Wundverschluss zeigte sich eine Odds-Ratio von 3,95 eine Uterusruptur in der nachfolgenden Schwangerschaft zu erleiden.

Der Verzicht auf den Verschluss des Bauchfells wird nach aktueller Datenlage auch über die dadurch verringerte Operationszeit hinaus in der Fachwelt weitgehend als vorteilhaft erachtet. Es ergeben sich Hinweise, dass Nahtmaterial als Fremdkörper im Peritoneum vermehrt zu Adhäsionen und Infektionen führen kann (Bamigboye & Hofmeyr, 2010; Dyson, 2010; Simm & Mathew, 2008; Lee-Parritz, 2004; Roset et al., 2003). Bamigboye und Hofmeyr (2010) betonen in ihren Cochrane-Review jedoch auch, dass die aktuelle Studienlage keine Evidenz für eine langfristige Outcome-Beurteilung diesbezüglich bietet.

Gleichfalls herrscht derzeit weitgehender Konsens über den Verzicht des Nahtverschlusses des Subcutangewebes, verstärkte Wundheilungsstörungen werden dadurch nicht beobachtet (de Graaf et al., 2011; Lee-Parritz, 2004; Chelmow et al., 2002). Hinsichtlich der höher gelegenen Schnittführung bei der Misgav-Ladach-Operation geben Huch und Chaoui (2006) allerdings zu bedenken, dass das kosmetische Ergebnis hierbei nicht immer den Erwartungen der Frauen entspricht.

Das routinemäßige Legen von Redondrainagen wird mittlerweile in der Fachwelt als Eintrittspforte für Keime und somit als obsolet angesehen, gleiches gilt für das postoperative Belassen eines Harnblasenkatheters (Simm & Mathew, 2008; Huch & Chaoui, 2006; Lee-Parritz, 2004; Magann et al., 2002).

Schon 2001 stellten Chaoui et al. bei einer Umfrage unter leitenden GeburtsmedizinerInnen deutschsprachiger Frauenkliniken (n=240) fest, dass 61% der Befragten im Zuge der Debatte um die operative Kaiserschnitttechnik die jeweils an ihrer Klinik praktizierte Sectiomethode überdacht und verändert hatten. An dieser Stelle wird die Einflussnahme von den ersten publizierten, zum Teil methodisch schwachen Studien auf ärztliche Professionelle und ein dadurch bedingtes Umdenken zugunsten der Schnittentbindung nach der Misgav-Ladach-Methode deutlich<sup>31</sup>.

Im weiteren Verlauf erfolgten mehrere Vergleichsstudien zu – auch von zum Teil geringfügig modifizierten – Misgav-Ladach-Techniken (MML), jedoch ohne eine klare Evidenzbasierung für eine langfristige Bewertung zu erbringen. Deutliche Signifikanz zeigten die Ergebnisse (lediglich) hinsichtlich zeitlicher und finanzieller Aspekte: „*The*

---

<sup>31</sup> In Kapitel 2.2.2 wurde schon auf den Anstieg der Veröffentlichungen Ende der 1990er Jahre zu Harn- und Stuhlinkontinenz, Beschwerden durch Senkung der Gebärmutter und Sexualstörungen nach vaginaler Entbindung hingewiesen und eine (auch) dadurch bedingte verstärkte Akzeptanz der Schnittentbindung auch ohne geburtsmedizinische Notwendigkeit bei ärztlichen Professionellen vermutet.

*MML technique is faster to perform and (...) it is likely to be more cost-effective*“ (Xavier et al., 2005, S.878).

2004 verwies Lee-Parritz ausdrücklich auf die methodischen Schwächen vieler Studien und sprach sich gegen die manuelle Plazentalösung und die einschichtige Uterusnaht aus.

Festzuhalten bleibt, dass Studien zum Vergleich beider Operationstechniken bis zur Mitte des ersten Jahrzehnts des neuen Jahrtausends lediglich intraoperative Beobachtungen und Ergebnisse in sehr begrenzten postoperativen Zeiträumen lieferten. Dennoch geht bei der Analyse von niedersächsischen Perinataldaten hervor, dass 2007 schon mehr als die Hälfte (55%) aller erfolgten Kaiserschnittentbindungen mit der Misgav-Ladach-Methode durchgeführt wurden, dies entsprach einem Anteil von 17,5% aller dokumentierten Geburten (Misselwitz, 2009).

Auch ein halbes Jahrzehnt später lassen sich in der Fachliteratur keine evidenzbasierten Aussagen zu langfristigen Auswirkungen zweier wesentlicher Operationsschritte der Misgav-Ladach-Methode finden: Die manuelle Plazentalösung und die einschichtige Uterusnaht bleiben weiterhin umstritten.

Zwar verkürzt sich die Operationszeit durch manuelle Entfernung des Mutterkuchens, doch ein dadurch erhöhtes Endometritisrisiko kann im weiteren Verlauf bei Folgeschwangerschaften Plazentationsstörungen bewirken (vgl. Kapitel 3.2.3). Sowohl Simm und Mathew (2008) als auch Hofmeyr et al. (2009) gelangen in ihren Übersichtsarbeiten zum Vergleich der Kaiserschnitttechniken zu dem Schluss, dass eine manuelle Plazentalösung zu vermeiden ist. Ebenfalls kommen die AutorInnen in ihren Reviews zu der Empfehlung die Gebärmutter mit zwei Nahtschichten zu verschließen, um das Risiko einer Uterusruptur in Folgeschwangerschaften zu senken. Dodd et al. (2008) weisen zudem in einem Cochrane-Review darauf hin, dass der häufig angeführte Vorteil der schnelleren Blutstillung bei einschichtigem Verschluss als Surrogatparameter zu werten ist, aber nicht zu signifikant klinisch relevanten Auswirkungen führt: *„There were no clear differences for heavy blood loss, (...). Overall, trials focussed on blood loss and duration of the operative procedure rather than clinical outcomes for the women“* (Dodd et al., 2008, S.3). Ferner konnten Bujold et al. in einer Folgestudie 2010 erneut das Ergebnis eines erhöhten Risikos für eine Uterusruptur nach einschichtiger Gebärmutternaht von 2002 bestätigen.

Übereinstimmend werden in der Fachwelt weitere Studien, insbesondere mit Fokus auf die längerfristigen, patientinnenrelevanten Auswirkungen, eingefordert (Brocklehurst et al., 2010; Hofmeyr et al., 2009; Simm & Mathew, 2008; Xavier et al., 2005; Lee-Parritz, 2004). Hofmeyr et al. (2010) fassen das aktuelle Cochrane-Review diesbezüglich wie folgt zusammen: *„Use of Joel-Cohen based methods could result in improved short-term outcomes and savings for health systems but robust data on*

*long-term outcomes (pain, fertility, morbidly adherent placenta and rupture of the uterus) after different techniques (...) are needed"* (Hofmeyr et al., 2010, S.3).

Vor dem Hintergrund dieser aktuellen Studienlage ist die Argumentation mit der sinkenden maternalen Morbidität aufgrund neuer Operationstechniken zumindest bezüglich langfristiger, patientinnenrelevanter Auswirkungen durchaus zu hinterfragen. Hingegen werden übereinstimmend Zeitersparnis, reduzierter Materialverbrauch und kürzere stationäre Verweildauer seit mehr als 15 Jahren als deutliche Vorteile in entsprechenden Publikationen angeführt.

### **Der „natürliche“ Kaiserschnitt**

Mitten in die sich zuspitzende Kontroverse um steigende Kaiserschnittraten, langfristige Auswirkungen neuer Operationstechniken und die ärztliche Positionierung zu den von Nutzerinnen der geburtklinischen Versorgung gewünschten Schnittentbindungen veröffentlichten Smith et al. 2008 eine weitere „Modifikation“ des Kaiserschnittes, die die AutorInnen als *„The natural casarean: a woman-centred technique“* bezeichnen (Smith et al.<sup>32</sup>, 2008; S.1037).

Bei Schnittentbindungen wird – trotz der seit Jahren routinemäßigen Anwendung von Regionalanästhesien anstatt Vollnarkose – ein schlechtes Bonding (erster, Bindung stiftender (Haut-)Kontakt direkt nach der Geburt) von Mutter und Kind als ein wesentlicher Nachteil dieses Geburtsmodus angeführt (Moore et al., 2009). Hier setzen Smith et al. mit ihrer Modifikation der Schnittentbindung an: *„(...), we have modified obstetric, midwifery and anaesthetic practice (...) to emulate as closely as practicable the woman-centred aspects of ‚natural‘ vaginal birth“* (Smith et al., 2008; S.1037).

Die AutorInnen beschreiben zunächst, dass die werdenden Eltern – analog zu einer Kreissaalführung – den Operationssaal besichtigen können, in welchem während der Schnittentbindung den Eltern auch ein musikalischer Hintergrund ihres Geschmacks angeboten wird. Auf Wunsch kann die Frau während der Operation, die unter kombinierter Spinal-Epidural-Regionalanästhesie durchgeführt wird, eigene Kleidung tragen.

Das speziell „frauenzentrierte, operative Vorgehen“ erfolgt nach der Eröffnung der Gebärmutter. Nach dem Durchtritt des kindlichen Kopfes durch den Bauchschnitt und Säuberung des Operationsfelds von Blut wird die OP-Abdeckung herabgelassen, die ansonsten als Sichtschutz auf das Operationsfeld (bzw. Trennung zwischen Operations- und Anästhesiearbeitsgebiet) fungiert. Somit wird den Eltern (die Partner<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Co-Autor – und in der Publikation als „Erfinder“ dieser Kaiserschnittmodifikation bezeichnet – ist interessanterweise Fisk. Selbiger fungierte schon 1996 als Co-Autor bei der Veröffentlichung von Al-Mufti et al., welche als Initialzündung für die weltweite Debatte um den „Wunschkaiserschnitt“ angesehen wird.



stehen mit am Kopfende des OP-Tisches) der Blick auf die Geburt ihres Kindes ermöglicht. Anstatt einer schnellen kindlichen Entwicklung aus dem Uterus durch die OperateurInnen wird das Kind nun bis zu einigen Minuten in dieser Position belassen – bis es ohne weitere Manipulation den ersten Atemzug macht. Laut der AutorInnen wird durch dieses Vorgehen der Durchtritt durch den vaginalen Geburtskanal nachempfunden. Die Blutversorgung via Nabelschnur bleibt länger bestehen und durch Uteruskontraktionen soll eine Thoraxkompression analog zur vaginalen Entbindung Fruchtwasser aus den Lungen des Kindes fördern. Die weitere Entwicklung des Kindes soll dann aus einer Kombination von Uteruskontraktionen und Assistenz durch die OperateurInnen erfolgen: *„This enables the mother to watch the birth and ascertain the sex of her baby at the same time as the delivery team, replicating the situation at vaginal birth“* (Smith et al., 2008; S.1039). Unter den elterlichen Blicken wird das Neugeborene abgenabelt, die/der OperateurIn reicht das Kind der Hebamme, welche es der Mutter auf den nackten Oberkörper zum *„early skin-to-skin contact“* legt. Als zusätzliche Anlehnung an die vaginale Geburt erfolgt ein weiteres „modifiziertes Ritual“: *„After a plastic clamp is applied, the partner can cut the remaining cord if he wishes“* (Smith et al., 2008; S.1039).

Smith et al. bezeichnen die Eltern bei diesem operativen Vorgehen als *„active participants in the birth of their child“* (Smith et al., 2008; S.1040), dies wird jedoch spätestens durch die obige Beschreibung des Abschneidens der (eigentlich schon ärztlich von der Placenta abgetrennten) restlichen Nabelschnur durch den Partner ad absurdum geführt. Obwohl die AutorInnen mit keinerlei empirischen Daten den Benefit ihrer „Modifikation“ belegen, beenden sie ihre Veröffentlichung im *„British Journal of Obstetrics and Gynaecology“* mit den Worten: *„We describe an evolving approach, suitable for global export“* (Smith et al., 2008; S.1040).

Ohne (kritische) Anmerkungen wollten die HerausgeberInnen des BJOG diese Publikation nicht stehen lassen und veröffentlichten im Anschluss des Artikels folgenden Kommentar: *„The history of clinical medicine is littered with examples wherein new approaches were adopted wholesale without adequate evaluation, only later to be found to be no benefit or to have increased risks“* (Varner, 2008, S.1042).

Analog zu dieser Sichtweise werden im Folgenden auch die steigenden Kaiserschnittraten und speziell die Risiken und Nutzen der elektiven Schnittentbindung im Vergleich zur vaginalen Geburt betrachtet. Die fachliche Auffassung von geburtsmedizinischer Versorgung, die sich durch die Kreation des Begriffs „natürlicher Kaiserschnitt“ sowie durch die mehr als diskussionswürdige Interpretation des oben beschriebenen operativen Vorgehens als „frauenzentrierte Technik“ offenbart, sollte

---

<sup>33</sup> In dem Originaltext finden nur Partner – und keine Partnerinnen – Erwähnung (s. folgendes Zitat von S.1039).

einmal mehr dazu veranlassen, die grundsätzliche Legitimation von zunehmenden Schnittentbindungen durch verbesserte Operationstechniken zu hinterfragen. Auch wenn Smith et al. (2009) ein Jahr nach ihrer Veröffentlichung betonen, dass sie dem „Wunschkaiserschnitt“ durch ihre Modifikation nicht zu weiterer Popularität in der Öffentlichkeit verhelfen wollten, ist genau das eingetreten. Edwardes schreibt 2009 in der „Times online“: *„[A] consultant obstetrician at Queen Charlotte's, says that 90 per cent of his patients ask for the natural Caesarean and more than 100 have been performed in the past 18 months. 'Parents love it,' he says“* (Edwardes, 2009, o.S.).

Die „Argumentationskette“ von Smith et al. (2008) diesen operativen Eingriff als „natürlich“ zu bezeichnen, wurde durch die mittlerweile routinemäßige Anwendung von Regionalanästhesien ermöglicht. Darauf wird im Folgenden eingegangen.

### Veränderungen der Narkosetechnik

In den letzten 15 Jahren hat sich die routinemäßige Anwendung der Spinalanästhesie (oder in Kombination mit der Epiduralanästhesie) als Narkosetechnik bei der Schnittentbindung durchgesetzt. 2008 wurden in Deutschland 67% aller primären Kaiserschnitte in Spinalanästhesie durchgeführt (Allgemeinanästhesie 16,6%, Epi-/Periduralanästhesie 9,8%) (BQS, 2009). Auch fünf Jahre zuvor war die Spinalanästhesie das hierbei am häufigsten angewandte Verfahren, lag aber mit 38,9% noch unter der Hälfte der Anästhesieverfahren der primären Kaiserschnitte<sup>34</sup> (Allgemeinanästhesie 28,7%, Epi-/Periduralanästhesie 19,8%) (BQS, 2004).

Noch in den 1980er Jahren war die Allgemeinanästhesie in Intubationsnarkose (ITN) das Verfahren der ersten Wahl bei Kaiserschnittoperationen. Eine Alternative wurde in dem einzigen in der Geburtsmedizin damals gebräuchlichen Regionalverfahren, der zeitintensiven Epiduralanästhesie mit noch zum Teil erheblichen Nebenwirkungen, nicht gesehen. Die deutlich schneller wirksame Spinalanästhesie fand zwar derzeit in anderen operativen Fachgebieten Einsatz, aber speziell Patientinnen nach Kaiserschnitt zeigten häufig starke, bis zu einer Woche anhaltende, postpunktionelle Kopfschmerzen. Insbesondere die Entwicklung einer neuen Kanülentechnologie, die eine exakte und nebenwirkungsarme<sup>35</sup> Punktion des Spinalkanals ermöglichte, bewirkte in den 1990er Jahren die Veränderung bei der Anwendung der

---

<sup>34</sup> Die sekundären Kaiserschnitte erfolgten 2008 zu 37,8% in Spinalanästhesie, zu 27,8% in Allgemeinanästhesie und zu 40,3% in Epi-/ Periduralanästhesie (BQS, 2009). 2003 wurden die sekundären Schnittentbindungen zu 20,6% in Spinalanästhesie, zu 41,5% in Allgemeinanästhesie und zu 38,9% in Epi-/ Periduralanästhesie durchgeführt (BQS, 2004). Der höhere Anteil an den Epi-/ Periduralanästhesien bei den sekundären Sectiones erklärt sich dadurch, dass dieses Verfahren häufig bei der vaginalen Geburt als Analgesiemethode angewandt wird, bei Notwendigkeit zum Kaiserschnitt kann dieser dann auch darunter durchgeführt werden (Gogarten, 2003).

<sup>35</sup> Gogarten gibt 2003 die Inzidenz postspinaler Kopfschmerzen bei Verwendung der neuen Kanülen mit unter einem Prozent an.

Narkoseverfahren beim Kaiserschnitt (Wickwire & Gross, 2004; Dresner & Freeman, 2001; Collis & Morgan, 1995). Die große Akzeptanz dieser Anästhesie bei Kaiserschnittpatientinnen trug ebenfalls zu der enormen Verbreitung der Anwendung dieses Verfahrens bei: „*Regional anaesthesia for caesarean section has the principal advantage of allowing the mother to be awake and share the birth experience with her partner*“ (Dresner & Freeman, 2001, S.133). Brown und Russell (1995) belegten mit ihrem Survey für England eine Steigerung der Spinalanästhesie bei Kaiserschnitt von 2% auf 30% innerhalb von einem Jahrzehnt.

Die Allgemeinanästhesie (ITN oder Vollnarkose) ist heute noch bei dem Notfall-Kaiserschnitt die Narkose der ersten Wahl, da sie schnell und zuverlässig wirkt. Bei der ITN sind die Kreislaufverhältnisse der Frau intraoperativ gut beherrschbar, im Gegensatz zu den Regionalanästhesien ist hier die Gefahr des Blutdruckabfalls deutlich geringer (Gogarten et al., 2004). Weitere Indikationen zur ITN ergeben sich aus Kontraindikationen zur Regionalanästhesie, so zum Beispiel bei Gerinnungsstörungen, floriden<sup>36</sup> Erkrankungen des ZNS, bekannten Allergien gegen das Lokalanästhetikum oder Wirbelsäulenerkrankungen der Frau (Wickwire & Gross, 2004; Gogarten, 2003; Dresner & Freeman, 2001).

Nach einer ITN ist das postoperative Auftreten von Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen sowie Hustenreiz möglich. Als besonders nachteilig bei einer Schnittenbindung wird jedoch der Übergang der Narkosemedikation auf das Kind angeführt, da dies zu einer postnatalen Atemdepression führen kann. Zudem kann das Kind nach einer ITN zunächst nicht zum Stillen angelegt werden, da die entsprechenden muttermilchgängigen Narkotika erst von der Frau verstoffwechselt und ausgeschieden werden müssen (Wickwire & Gross, 2004; Dresner & Freeman, 2001).

Bei elektiven Kaiserschnittentbindungen und bei sekundären Sectiones, bei denen keine akute Gefahren für Frau und Kind bestehen, werden heutzutage die rückenmarksnahe Leitungsanästhesie (Epi-/Periduralanästhesie), die schneller wirkende, etwas tiefer gespritzte Spinalanästhesie oder eine Kombination beider Verfahren angewandt. Die Sectio cesarea in Periduralanästhesie (PDA) findet meist bei sekundären Sectiones statt, wenn sich subpartu eine Indikation zur Schnittenbindung stellt und schon im zuvor erfolgten Geburtsverlauf diese Art der Regionalanästhesie indiziert war<sup>37</sup> (Gogarten, 2003).

---

<sup>36</sup> (lat.: florere = blühen), Erkrankung, die sich im Stadium der vollständigen Symptomausprägung befindet

<sup>37</sup> Indikationen hierfür bestehen beispielsweise bei schwangerschaftsinduziertem Hypertonus, Gefährdung der Frau beim Pressen bei kardiorespiratorischen Erkrankungen oder Netzhautablösung sowie

Bei der PDA wird eine Punktion im Bereich der Lendenwirbelsäule durchgeführt. Der Frau wird in Seitenlage oder sitzender Position ein Katheter bis in den Periduralraum vorgeschoben, dieser verbleibt dort bis in die postpartale Phase. Somit bestehen die Möglichkeiten zu einer „on-demand-analgesie“ oder diese Anästhesie für einen eventuellen sekundären Kaiserschnitt weiter zu nutzen (Knitza, 1998). Die Zeitdauer bis zur vollständigen Wirkung der PDA ist relativ lang (ca. 20-30 Minuten), damit ist sie keine Option für den Notfall-Kaiserschnitt. Die vollständige Schmerzausschaltung ist bei der PDA nicht immer gewährleistet oder auch gewünscht, da in der Pressphase der vaginalen Entbindung für die aktive Beteiligung der Gebärenden das Verspüren eines entsprechenden Druckgefühls notwendig ist. Andererseits können postpartal noch Parästhesien in den Beinen über Stunden anhalten. Eine mögliche, schwere Komplikation ist der mütterliche Blutdruckabfall, damit geht die Gefahr einer Sauerstoffminderversorgung des Kindes einher (Wickwire & Gross, 2004; Dresner & Freeman, 2001).

Die Durchführung der Spinalanästhesie weist Parallelen zur PDA auf, die Punktion erfolgt allerdings tiefer bis in den Subarachnoidalraum und wird typischerweise ein Bewegungssegment höher angesetzt. Es wird kein Katheter gelegt, die Applikation erfolgt als „single-shot“. Als Vorteile im Vergleich zur PDA werden die einfachere Technik, eine geringere Versagerquote, eine kürzere Latenzzeit bis zum Wirkungseintritt, eine bessere Muskelrelaxation und eine zuverlässigere Analgesie sowie kleinere Lokalanästhesiedosen genannt. Als Nachteil wird häufig zuerst der post-spinale Kopfschmerz angeführt. Die Spinalanästhesie kann aber auch zu ausgeprägten Kreislaufwirkungen führen, wie Blutdruckabfall und Bradykardie, die in der Folge zu einer Sauerstoffminderversorgung des Kindes führen können (Lynch & Scholz, 2005; Gogarten et al., 2004; Dresner & Freeman, 2001). Seltene Komplikationen sind Dyspnoe bei einer so genannten hohen Spinalanästhesie oder Apnoe bei einer so genannten totalen Spinalanästhesie, welche eine sofortige Intubation und Beatmung unter Sedierung erfordern (Knitza, 1998). Die schlechtere Steuerbarkeit der Ausbreitung sowie die fehlende Möglichkeit zur kontinuierlichen Analgesie bei der Spinalanästhesie werden zunehmend durch eine Kombination mit einer PDA kompensiert (Smith et al., 2008; Dresner & Freeman, 2001).

Es besteht breiter fachlicher Konsens, dass Regionalanästhesien im Vergleich zu Allgemeinanästhesien bei Kaiserschnittentbindungen eine höhere Sicherheit für Frau und Kind mit sich bringen (Beller, 2006; Lynch & Scholz, 2005; Gogarten et al., 2004; Wickwire & Gross, 2004; Dresner & Freeman, 2001; Knitza, 1998; Collis & Morgan, 1995). Im Gegensatz dazu kommen Afolabi et al. (2010) in ihrem aktuellen Coch-

---

durch andere Möglichkeiten nicht ausreichender Schmerzbekämpfung und / oder auf Wunsch der Frau (Gogarten, 2003).

Meta-Review von 16 kontrollierten, randomisierten Studien (n=1586) zum Vergleich von Regional- und Allgemeinanästhesie bei Kaiserschnittentbindungen zu dem Ergebnis, dass kein großer Unterschied hinsichtlich wichtiger kindlicher und maternaler Parameter zwischen beiden Methoden besteht.

Für den Zusammenhang zwischen veränderten Narkosetechniken bei Schnittentbindungen und einer zunehmenden Akzeptanz der Option „Wunschkaiserschnitt“ bei Professionellen und Nutzerinnen der geburtsklinischen Versorgung lassen sich in der Fachliteratur jedoch eindeutige Hinweise finden: *„(...), the improving safety of obstetric anesthesia permits cesarean delivery to be a reasonable option for conditions such as (...) even maternal refusal of labor“* (Wickwire & Gross, 2004, S.299). Pang et al. (2008) befragten 259 Frauen sechs Monate nach der Geburt ihres ersten Kindes nach ihrer bevorzugten Entbindungsart bei einer Folgeschwangerschaft. 24% der Befragten, die zuvor einer vaginalen Geburt Präferenz gegeben hatten, würden sich bei der Geburt ihres zweiten Kindes für einen Kaiserschnitt (ohne medizinische Indikation) entscheiden. Frauen, die während ihrer ersten vaginalen Entbindung eine Regionalanästhesie erhalten hatten, wählten signifikant häufiger einen „Wunschkaiserschnitt“.

Auffällig sind – analog zur Misgav-Ladach-Operationstechnik – die vermehrten Hinweise in der Fachliteratur auf die Zeit- und Kostenersparnis durch die Spinalanästhesie: *„Even though cost containment should not become the primary incentive in choosing the appropriate anaesthetic technique, spinal anaesthesia significantly reduces the costs of Caesarean section owing to a reduction in operating room time without significant side effects and may thus be safely performed“* (Gogarten, 2003, S.389).

Speziell im Hinblick auf den folgenden Vergleich von Morbidität und Mortalität bei vaginaler Geburt und gewünschtem Kaiserschnitt muss hier zunächst festgehalten werden, dass auch die Spinalanästhesie mit zum Teil schweren maternalen und kindlichen Risiken und Komplikationen einhergehen kann. Zudem betonen Afolabi et al. (2010): *„None of the trials addressed important outcomes for women like recovery times, effects on breastfeeding, effects on the mother-child relationship and length of time before mother feels well enough to care for her baby“* (Afolabi et al., 2010, S.3). Die AutorInnen unterstreichen somit die dürftige Datenlage bezüglich der häufig angeführten Auffassung, dass die Regionalanästhesie trotz Kaiserschnittentbindung ein gutes Bonding zwischen Mutter und Kind ermöglicht.

### 2.3.2 Mortalität und Morbidität bei gewünschten Schnittenbindungen

*„I didn't, and still don't, believe that we, as a discipline, are ready to wholeheartedly sanction the concept of elective abdominal delivery. There are too many unknowns about the true risks and benefits of the procedure”* (Heffner, 2004, S.285) – zehn Jahre nach der Vorstellung der Misgav-Ladach-Technik beginnt Heffner mit diesen Sätzen das Vorwort einer Ausgabe des “Clinical Obstetrics and Gynecology” mit dem Schwerpunktthema „Wunschkaiserschnitt”.

Zu diesem Zeitpunkt währte die kontroverse Debatte um die veränderte Risikobewertung von Schnittenbindungen und insbesondere um die steigende (ärztliche) Akzeptanz von „Wunschkaiserschnitten“ schon über ein Jahrzehnt. Zunächst zeigten Ergebnisse von Querschnittsstudien bei steigenden Kaiserschnittraten über 10 bis 15% keine signifikante Verbesserung von Outcome-Parametern (Althabe et al., 2006; UNICEF et al., 1997; WHO, 1985). Den weiteren argumentativen Hintergrund bildeten – sowohl bei KritikerInnen als auch BefürworterInnen – zumeist Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien zur maternalen und kindlichen Mortalität und Morbidität bei vaginaler und Schnittenbindung.

Grob zusammengefasst wurde der elektiven Schnittenbindung eine Reduktion von schweren Folgen kindlichen Sauerstoffmangels (neonatale Mortalität, fetale Mortalität bzw. intrauteriner Fruchttod jenseits der 37. Schwangerschaftswoche und schwere neurologische Schäden) zugeschrieben sowie – wenig erstaunlich – eine Abnahme traumatischer kindlicher und mütterlicher Geburtsschäden, wie beispielsweise Armplexuslähmungen oder Scheiden- und Zervixrisse (Dudenhausen, 2003; Matthews et al., 2003; Schindl et al., 2003; Schneider et al., 2001; Hannah et al., 2000; Künzel, 1998; Nelson & Grether, 1998; Martius & Martius, 1998; Feldman & Freiman, 1985).

Im Gegenzug wurde der vaginalen Geburt eine geringere maternale Mortalität und Morbidität zugutegehalten (Welsch & Wischnik, 2006; Liu et al., 2005; Phipps et al., 2005; Burrows et al., 2004; Harper et al., 2003; Krause & Feige, 2001; Schmidt & Hendrik, 2001). Zudem war bei Kindern nach vaginaler Geburt eine geringere respiratorische Morbidität zu verzeichnen (Nicoll et al., 2004; Zanardo et al., 2004; Levine et al., 2001; Schmidt & Hendrik, 2001; Madar et al., 1999; Hook et al., 1997).

Zusätzlich finden sich in der Fachliteratur unterschiedliche Auffassungen über die langfristigen Auswirkungen der Entbindungsarten auf den mütterlichen Beckenboden (vgl. Kapitel 3.2.3). An dieser Stelle der Arbeit liegt der Fokus jedoch auf den kurzfristig zu beurteilenden Nutzen und Risiken<sup>38</sup> einer geplanten Spontangeburt und eines „Wunschkaiserschnitts“ (short-term outcomes).

---

<sup>38</sup> Laut NIH (2006) werden short-term outcomes als Nutzen und Risiken innerhalb des ersten postpartalen Jahres definiert.

Die zuvor angeführten Studien wurden und werden in vielen Teilen der Fachwelt aus methodischer Sicht kritisiert. Mehrere Bias-Arten verzerren die Vergleichbarkeit zwischen den jeweiligen Kollektiven. Zumeist basieren die Studien auf retrospektiven Daten von sehr begrenzten postpartalen Zeiträumen (< ein Jahr) und die Endpunkte für das kindliche und maternale Outcome sind nicht einheitlich definiert. Erschwert sind Aussagen zu Mortalität und schwerer Morbidität, da deren Inzidenz und Prävalenz sehr niedrig sind und viele Stichproben diesbezüglich keine hinreichende Größe aufweisen. In Ermangelung einer einheitlichen Definition beziehungsweise valider Daten zur Durchführung von gewünschten Kaiserschnitten benutzen viele WissenschaftlerInnen „Ersatzstudienarme“ („*proxy definitions*“; Miesnik & Reale, 2007, S.605) wie primäre Schnittentbindungen bei Beckenendlage, aber auch hierbei sind Verzerrungen hinsichtlich des Vergleichs angestrebte Spontangeburt und geplanter Kaiserschnitt auf Wunsch möglich (Souza et al., 2010; Svigos, 2010; Lee & D'Alton, 2008; Visco et al., 2006; Lavender et al., 2005; Schneider, 2002).

Eine Zäsur bezüglich des Studiendesigns stellte die State-of-the-Science Conference der NIH zum „Wunschkaiserschnitt“ 2006 dar. Erst in der Folgezeit dieser Konferenz setzte sich zunehmend das dort empfohlene „intention-to-treat“-Studiendesign durch. Mit dieser methodischen Studiengestaltung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass eine angestrebte vaginale Spontangeburt unter Umständen auch mit einer vaginal-operativen oder sekundären (Notfall-)Kaiserschnittentbindung beendet werden muss. Für einen methodisch korrekt(er)en Vergleich müssen die auftretenden Häufigkeiten von Risiken der beiden letztgenannten Entbindungsarten mit in den Studienarm der angestrebten vaginalen Entbindung eingerechnet werden (NIH, 2006; Wax, 2006). Offensichtlich ist, dass bei solchen Vergleichsstudien eine Doppelverblindung nicht möglich und eine Randomisierung ethisch nicht zu vertreten ist.

Bei der folgenden näheren Betrachtung von maternalen und kindlichen Risiken bzw. Nutzen von geplanten Spontangeburt und gewünschten Kaiserschnitten werden vor allem aktuellere Studien, wenn möglich mit einem „intention-to-treat“-Methodenansatz, in den Blick genommen.

### **Müttersterblichkeit**

Eine zuverlässige Aussage zur Müttersterblichkeit bei gewünschten Kaiserschnittoperationen schon allein im Vergleich zu vaginalen Geburten (ohne Einbeziehung weiterer „intention-to-treat“-Geburtsbeendigungen) würde zunächst eine klare Erfassung aller „Wunschkaiserschnitte“ voraussetzen. Aber selbst bei einem scheinbar eindeutig definierten Parameter wie Müttersterblichkeit zeigen sich bei genauerer Betrachtung zusätzliche Schwierigkeiten, zu einer validen Risikobewertung zu gelangen.

Müttersterblichkeit kann mit mehreren epidemiologischen Begriffen beschrieben werden. Es können direkte, indirekte und späte Müttersterbefälle (Kategorisierung nach kausalen und zeitlichen Zusammenhängen zwischen Entbindung und Tod) angegeben werden, ferner kann zwischen mütterlicher Sektio mortalität (zeitlicher Zusammenhang) und Sektio letalität (kausaler Zusammenhang) unterschieden werden (Welsch, 1997).

Laut Welsch (1997) ermöglicht die Erfassung der Sektio letalität<sup>39</sup> am besten den Vergleich des Sterblichkeitsrisikos zwischen präpartal gesunden Frauen bei Kaiserschnitt und bei vaginaler Entbindung (direkte Müttersterbefälle). Allerdings gibt es zu bedenken, dass bei den Möglichkeiten moderner Intensivtherapie Frauen mit Komplikationen nach Schnittentbindungen länger als 42 Tage überleben können und damit per definitionem nicht als Sterbefälle in Sektio mortalitäts- bzw. -letalitätsstatistiken aufgeführt werden. Letztlich ist die Feststellung von mütterlichen Todesfällen, welche kausal im Zusammenhang mit einer Schnittentbindung stehen, nur durch Einzelfalluntersuchungen zu verwirklichen (Welsch, 1997).

Zusätzlich weisen Hillemanns et al. (2000) darauf hin, dass weltweit nur wenige zuverlässige Untersuchungen zur sektioassoziierten maternalen Letalität vorliegen. Die Autoren gehen davon aus, dass auch in den deutschen Perinatalerhebungen mütterliche Sterbefälle während und nach Entbindung nur unzureichend erfasst werden und schätzen, dass die amtliche Statistik der Mütter Todesfälle in Deutschland mindestens 20% zu tief liegt.

In den so genannten entwickelten Ländern ist heutzutage die Lungenarterienembolie mit 30 bis 40% die häufigste Ursache für Müttersterblichkeit (Schmailzl et al., 2008). Durch die physiologischen Veränderungen während Schwangerschaft und Wochenbett steigt grundsätzlich das Risiko eine Thrombose zu erleiden, das relative Risiko hierfür wird mit vier angegeben. In der Fachliteratur finden sich Angaben bis zur Verzehnfachung des Thromboserisikos bei einer Kaiserschnittentbindung, bei einer Notsectio werden noch höhere Risiken genannt<sup>40</sup> (James, 2010; Schmailzl et al., 2008; Tapson, 2008; Heit et al., 2005). Liu et al. (2007) berechneten in ihrer „intention-to-mode of delivery“-Studie eine Odds-Ratio von 2,2 bezüglich des Auftretens einer Thrombembolie für das Kollektiv geplanter Schnittentbindungen. Dies lässt ein grundsätzlich erhöhtes Sterberisiko bei Kaiserschnitt vermuten.

---

<sup>39</sup> Laut Welsch (1997) ist die Sektio letalität wie folgt definiert: „Zahl, der in ursächlichem Zusammenhang mit der Sektio innerhalb von 42 Tagen verstorbenen präoperativen gesunden Mütter, bezogen auf 1000 Schnittentbindungen und angegeben in Promille“ (Welsch, 1997, S.745).

<sup>40</sup> Lin et al. (2008) stellten fest, dass Frauen mit Kaiserschnittentbindung – auch nach Risikoadjustierung – ein 1,5-fach erhöhtes Risiko aufweisen, einen Schlaganfall im ersten Jahr postpartum zu erleiden.



Die DGGG gibt in ihrer Stellungnahme von 2010 für Deutschland eine Sektioletalität von 0,02 % an, dies entspricht einem Müttersterbefall pro 57300 Schnittentbindungen oder einem Sterblichkeitsrisiko Vaginalgeburt versus Kaiserschnitt von 1 : 2,6 (AG MedR DGGG, 2010a). Ein Vergleich zwischen den geplanten<sup>41</sup> Entbindungsarten kann nicht ausgewiesen werden, nur auf elektive Kaiserschnitte bezogen dürfte das Sterblichkeitsrisiko geringer anzusetzen sein. In der internationalen Literatur finden sich widersprüchliche Studienergebnisse im Sterblichkeitsvergleich der geplanten Geburtsmodi. Berger und Sachs (2006) errechneten mit Daten aus Massachusetts sogar ein relatives Sterblichkeitsrisiko bei primärem Kaiserschnitt von 0,56 (vs. vaginaler Geburt). Die Analyse von maternalen Todesfällen in Großbritannien ergab wiederum ein relatives Risiko von 2,8 zu Ungunsten der elektiven Schnittentbindung (Lewis, 2004). Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommen Deneux-Tharaux et.al. (2006) mit einer Odds-Ratio von 2,42 (vs. vaginaler Geburt) für primäre low-risk Schnittentbindungen in Frankreich. Liu et al. (2007) fanden hingegen in Kanada keine signifikanten Unterschiede für mütterliche Todesfälle in ihrer Studie zwischen low-risk-Gruppen für geplante Kaiserschnitte und angestrebten Spontangeburt. Die aktuell verfügbare Datenlage lässt insbesondere zur Müttersterblichkeit keine evidenzbasierte Risikoeinschätzung hinsichtlich der geplanten Entbindungsart zu. So schlussfolgern Lee und D'Alton 2008 in ihrem Review. *„Current studies often lack adequate power to clearly discern a relationship between mortality and method of delivery. (...) Although literature on CDMR [Cesarean Delivery on Maternal Request, Anm. d. Verf.] has been published since the 2006 NIH conference, it comprises primarily commentaries, editorials, and review articles but few original studies”* (Lee & D'Alton, 2008, S.600).

### **Fetale und frühe kindliche Sterblichkeit**

Die fetale und frühe kindliche Sterblichkeit kann ebenfalls mit unterschiedlichen Parametern beziehungsweise epidemiologischen Begrifflichkeiten dargestellt werden. Für Vergleiche zwischen geplanten Schnittentbindungen und angestrebten Spontangeburt werden in der Fachliteratur diesbezüglich allerdings keine einheitlichen Angaben verwendet.

Die Säuglingssterblichkeit umfasst alle Sterbefälle im ersten Lebensjahr, die neonatale Mortalität erfasst Todesfälle in den ersten 28 Lebenstagen und unter perinataler Mortalität werden alle Sterbefälle der ersten sieben Lebenstage sowie alle Totgeburten zusammengefasst (Schlack, 2007). Seit dem 1. April 1994 ist nach dem deutschen Personenstandsgesetz eine Totgeburt als ein mindestens 500 Gramm schweres und 25 Zentimeter langes Kind definiert, das postpartal kein erkennbares Lebenszeichen (Atmung, Herzschlag, Pulsieren der Nabelschnur) aufweist. Inter-

---

<sup>41</sup> Hier auch im Sinne von angestrebten Spontangeburt

national variieren die Definitionen für eine Totgeburt, in vielen Ländern – wie in Deutschland auch vor 1994 – liegt die Gewichtsgrenze bei einem Kilogramm. Zudem wird in der Literatur häufig auch noch der so genannte intrauterine Fruchttod (IUFT) angeführt, dies bezeichnet das Absterben eines Feten nach der 24+0 Schwangerschaftswoche, Gewicht und Länge werden hierbei nicht berücksichtigt (Kühnert, 2009; Health-EU, 2009).

Die DGGG-Stellungnahme geht auf die kindliche Sterblichkeit bei Schnittentbindungen nur sehr knapp ein, die AutorInnen gelangen zu folgender Einschätzung: *„Sowohl die perinatale Sterblichkeit als auch die schwere Morbidität liegen bei einer geplanten vaginalen Entbindung um ein Mehrfaches höher“* (AG MedR DGGG, 2010a, S.6). Somit bezieht sich die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht auf Totgeburten und kindliche Sterbefälle in den ersten sieben Lebenstagen. In Anbetracht der massiv gestiegenen (primären) Kaiserschnittraten verwundert bei dieser Argumentation die eher geringe Senkung der gesamten perinatalen Sterblichkeitsraten in den letzten 15 Jahren. Diese wurde 1994 mit 6,4/1000 angegeben, 2009 betrug die Rate 5,3/1000 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2011b). Dies deckt sich allerdings wiederum mit Studienergebnissen, die bei Kaiserschnittraten über 10 bis 15% keine signifikanten Verbesserungen von kindlichen Outcome-Parametern zeigen (Althabe et al., 2006; Eckerlund & Gerdtham, 1999; Seebach-Göbel & Wulff, 1998; UNICEF et al., 1997).

Obwohl in der Diskussion um den „Wunschkaiserschnitt“ seit langem der elektiven Schnittentbindung eine Reduktion der kindlichen Sterblichkeit zugeschrieben wird (Matthews et al., 2003; Hickl, 2002; Schneider et al., 2001; Husslein & Langer, 2000), sind die Daten für die neonatale Mortalität von Studien ohne „intention-to-treat“-Methodik durchaus widersprüchlich.

Während weltweit mehr als ein Drittel aller neonatalen Sterbefälle auf Infektionen (Sepsis, Pneumonie, Tetanus) zurückzuführen ist (Lawn et al., 2006), überwiegen in den so genannten entwickelten Ländern bei den Todesursachen Asphyxie, Enzephalopathie (nichtentzündliche Hirnveränderung) und intrakranielle Blutungen (Kolås et al., 2006; NIH, 2006).

Die primäre Schnittentbindung wird als der Entbindungsmodus mit dem geringsten Auftreten von kindlicher Asphyxie und hypoxischer Enzephalopathie beschrieben, intrakranielle Blutungen sind hauptsächlich bei vaginal-operativen Geburten zu verzeichnen (Hirrlinger, 2009; Jain & Dudell, 2006; NIH, 2006; Herbst & Thorngren-Jerneck, 2001; Badawi et al., 1998). Entsprechend stellten Smith et al. (2002) und Hannah et al. (2000) in ihren Studien in Schottland und Kanada jeweils ein erniedrigtes relatives Risiko für die neonatale Mortalität bei primären Kaiserschnittoperationen fest. Allerdings sind diese – in der Literatur häufig zitierten – Studien auch Beispiele für so

genannte Ersatzstudienarme, die Vergleichskollektive der schottischen Studie bestanden aus Frauen mit vorausgegangener Sectio und in Kanada wurden die Geburtsmodi bei Beckenendlage verglichen. Somit kann das relative Sterblichkeitsrisiko der Kollektive mit vaginaler Entbindungsart der beiden Studien nicht mit dem von präpartal gesunden Frauen mit einer unauffälligen, reifen Erstlingsschwangerschaft in Schädellage gleichgesetzt werden.

MacDorman et al. hingegen berechneten 2006 nach Risikoadjustierung aus US-amerikanischen Geburtsdaten von 1998 bis 2001 für die neonatale Mortalität ein relatives Risiko von 2,02 bei primärer Kaiserschnittentbindung im Vergleich zu vaginaler Geburt. In dieser Studie wurden jedoch nicht die kindlichen Sterbefälle in den Referenzwert einbezogen, die bei angestrebter vaginaler Geburt mit vaginal-operativer Geburtsbeendigung oder sekundärer (Not-)Sectio auftraten.

Die TeilnehmerInnen der NIH-State-of-the-Science Conference kamen zu dem Schluss, dass die 2006 vorliegenden Studien – bei schwacher Evidenz – auf eine Senkung des intrauterinen Fruchttodes bei elektivem Kaiserschnitt hinweisen. Für eine Senkung der neonatalen Mortalität durch den geplanten Kaiserschnitt fanden sich keine hinreichenden Studienbelege (NIH, 2006).

Die weitere Betrachtung der kindlichen Sterblichkeit bei angestrebten Spontan-geburten und „Wunschkaiserschnitten“ erfolgt so weit wie möglich anhand von „intention-to-treat“-Studien. Zudem ist die Unterscheidung zwischen intrauterinem Fruchttod beziehungsweise Totgeburten und neonataler Mortalität methodisch relevant.

Villar et al. legten 2007 eine der ersten „intention-to-mode of delivery“-Studien vor. Sie analysierten knapp 100.000 Geburtsdatensätze aus acht lateinamerikanischen Ländern. Die neonatale Mortalität wies bei geplanter Kaiserschnittentbindung ein erhöhtes relatives Risiko von 1,3 auf<sup>42</sup>.

Nach der NIH-Studiendesign-Empfehlung berechneten Mac Dorman et al. (2008a) erneut die Daten (über 8.000.000 US-amerikanische Geburtsdatensätze) von ihrer Publikation zwei Jahre zuvor. Auch mit dem neuen methodischen Ansatz zeigte sich eine erhöhte neonatale Mortalität bei geplantem Kaiserschnitt (RR 1,69).

Eine der jüngst veröffentlichten „intended mode of delivery“-Studien verdeutlicht die derzeit noch dürftige Datenlage bezüglich der neonatalen Mortalität in Abhängigkeit von der geplanten Entbindungsart. Die Gesamtstichprobe von Geller et al. (2010a) hat einen Umfang von n=4048 (3868 angestrebte vaginale Geburten vs. 180 geplante Kaiserschnitte). Bei neonatalen Mortalitätsinzidenzen im Promillebereich wird

---

<sup>42</sup> Die AutorInnen sprechen von „*neonatal mortality up to hospital discharge*“ (Villar et al., 2007, S.7). Es kann davon ausgegangen werden, dass nur ein kleiner Teil der Stichprobe somit den definitionsgemäßen Zeitraum von 28 Tagen abdeckt. Gleiches gilt aber in der Regel für alle vergleichbaren Studien.

offensichtlich, dass aktuell wenige Studien verfügbar sind, die eine hinreichende Stichprobengröße mit dem empfohlenen Methodenansatz aufweisen.

Im Zuge des WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health erschienen 2010 zwei weitere Publikationen von Studien mit großem Stichprobenumfang, allerdings ohne „intention-to-treat“-Ansatz. Jedoch konnten Lumbiganon et al. (2010) auch bei einem Datensatzumfang von 107.950 Geburten aus neun asiatischen Ländern keine „ausreichende“ neonatale Sterblichkeit registrieren, um daraus Ergebnisse für die Risikowahrscheinlichkeit abzuleiten. Souza et al. (2010) berechneten bei einer Stichprobengröße von 286.565 Geburten aus 24 Ländern von drei Kontinenten (Afrika, Amerika und Asien) eine geringere neonatale Mortalität bei elektiven Kaiserschnitten ohne Indikation (RR 0,88). In dieser Studie bildeten vaginal-operative Geburten, primäre Kaiserschnittentbindungen mit Indikation und sekundäre Sectiones einzelne Studienarme. Die Vermutung liegt nahe, dass sich mit einer „intended mode of delivery“-Analyse das relative neonatale Mortalitätsrisiko weiter zu Gunsten einer gewünschten Kaiserschnittentbindung verschiebt. Allerdings gilt bei dieser Studie wiederum, dass der Erfassungszeitraum der neonatalen Mortalität nur bis zur Krankenhausentlassung gewährleistet war.

Zusammenfassend bleibt auch mehr als ein halbes Jahrzehnt nach der NIH-Konferenz die Datenlage zur neonatalen Mortalität in Abhängigkeit geplanter Entbindungsarten dürrig und widersprüchlich.

Trotz unscharfer inhaltlicher Abgrenzung der Begrifflichkeiten „intrauteriner Fruchttod“ und „Totgeburt“ sowie deren unterschiedlicher Anwendung in der Fachliteratur gestalten sich die Ergebnisse hinsichtlich dieses kindlichen Sterblichkeitsrisikos eindeutiger als bei der neonatalen Mortalität.

Villar et al. (2007) definieren „*fetal death*“ wie folgt: „*'Recent fetal death' included 'fresh stillbirths' but excluded all 'macerated stillbirths' and all inductions of labor because of fetal death*“ (Villar et al., 2007, S.2). Die AutorInnen versuchen eine Unterscheidung von intrauterinem Fruchttod und Totgeburt anhand klinischer Zeichen zu treffen. Nach dieser Definition wird das relative Risiko für einen (kürzlich erfolgten) intrauterinen Fruchttod bei geplantem Kaiserschnitt deutlich geringer angegeben (RR 0,6). Lumbiganon et al. (2010) und Souza et al. (2010) geben für ihre Studienarme „antepartum without indication“ das relative Risiko für „fetal death“ jeweils mit 0,48 bzw. 0,4 an. Dies bestätigt die Resultate früherer Untersuchungen (Goldberg et al., 2004; Matthews et al., 2003; Hannah et al., 2000)<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Das Risiko für einen intrauterinen Fruchttod erhöhte sich zudem bei einem vorausgegangenem Kaiserschnitt (Smith et al., 2003; Frøen et al., 2001).

Die Ursachen für das frühe Absterben eines Feten nach der 24+0 Schwangerschaftswoche sind häufig unklar, bei einem intrauterinen Fruchttod jenseits der 36+0 Schwangerschaftswoche liegen meist pathologische Geschehnisse an Nabelschnur und Plazenta (Nabelschnurkompressionen, vorzeitige Plazentalösungen) zugrunde. Elektive Kaiserschnittentbindungen, die in der 36+0 bis 38+6 Schwangerschaftswoche durchgeführt werden, verringern dementsprechend das Risiko für einen intrauterinen Sauerstoffmangel und nachfolgenden Kindstod in dieser Zeitspanne. Andererseits wird hierdurch eine iatrogene Frühgeburtlichkeit hervorgerufen, die in der Folge zu einer erhöhten respiratorischen Morbidität dieser Kinder führt (NIH, 2006; vgl. Abschnitt kindliche Morbidität). Zudem verwiesen die TeilnehmerInnen der NIH-Konferenz 2006 darauf, dass die Absenkung der intrauterinen Sterblichkeit nicht dem elektiven Kaiserschnitt zugute gehalten werden darf, da diese Reduktion nur auf den Zeitpunkt der Geburt und nicht auf den Geburtsmodus zurückgeführt werden kann (NIH, 2006). Villar et al. (2007) halten es zudem für möglich, dass die Absenkung der intrauterinen Sterblichkeit durch elektive Kaiserschnitte nur eine Verschiebung der kindlichen Sterblichkeit in eine spätere postnatale Phase darstellt. Aufgrund neonataler intensivtherapeutischer Möglichkeiten kann diese später als in den ersten 28 Lebenstagen liegen und führt somit auch nicht zu einer Dokumentation als neonatale Sterblichkeit.

Es wird insbesondere deutlich, wie ungeeignet gerade der Parameter perinatale Mortalität als Vergleichswert für angestrebte Spontangeburt und gewünschte Schnittentbindungen ist. Die aktuelle Datenlage lässt zur kindlichen Sterblichkeit kaum evidenzbasierte Aussagen hinsichtlich einer geplanten Entbindungsart zu. Die entsprechende Formulierung in der DGGG-Stellungnahme (s.o.) ist somit sehr kritisch zu bewerten (AG MedR DGGG, 2010a).

### **Maternale Morbidität**

Die mütterliche Frühmorbidity findet in der gleichen Stellungnahme mit einem halben Satz Erwähnung: „*Es bleib[t] freilich ein spezifisches mütterliches Morbiditätsrisiko (z.B. Sekundärheilung mit unschöner Narbenbildung), (...)*“ (AG MedR DGGG, 2010a, S.4).

Es fällt auf, dass insbesondere die BefürworterInnen des „Wunschkaiserschnitts“ bei der Betrachtung der maternalen Morbidität verstärkt Spätfolgen der Entbindungsarten auf die Beckenbodenmuskulatur in den Blick nehmen. Häufig angeführt wird ein protektiver Effekt der elektiven Schnittentbindung zur Vermeidung einer Beckenbodeninsuffizienz mit Harn- und Stuhlinkontinenz sowie Beeinträchtigungen der Sexualität nach einer vaginalen Geburt (Schindl et al., 2003; Hickl, 2002; Husslein & Langer, 2000). Die Spätmorbiditäten werden in Kapitel 3.2.3 ausführlich unter medizinischen und ökonomischen Aspekten diskutiert. An dieser Stelle der Arbeit werden zunächst

die angestrebte Spontangeburt und der gewünschte Kaiserschnitt hinsichtlich früh auftretender Morbiditäten verglichen.

Als mögliche intraoperative Komplikationen einer Schnittentbindung gelten vor allem Darm- und Blasenverletzung sowie Verletzungen von größeren Gefäßen und der Harnleiter, die Häufigkeit dieser Komplikationen wird mit unter 1% angegeben. Postoperative Fistelbildungen treten bei 0,1% aller Schnittentbindungen auf. Erhöhtes Auftreten von Thromboembolien gehört ebenso zu den unmittelbaren Risiken einer Sectio. Bei elektiven Operationen treten diese Komplikationen jedoch seltener auf als bei sekundären (Notfall-)Kaiserschnitten (Burrows et al., 2004; Hema & Johanson, 2002; Hannah et al., 2000, van Ham et al., 1997). Schneider et al. (2001) stellten bei einer Analyse von über 300.000 Datensätzen der bayerischen Perinatalerhebung jedoch fest, dass – mit Ausnahme von Geburtsverletzungen – die maternale Morbidität (Blutverlust > 1000ml, Sepsis, Thrombembolie, Re-Laparotomie) auch bei primärer Schnittentbindung im Vergleich zur Vaginalgeburt deutlich erhöht war (RR 2,6).

Wax gelangt in einem Review zu Studien mit so genannten Ersatzstudienarmen 2006 zu der Einschätzung, dass angestrebte Spontangeburt einen größeren Blutverlust und geplante Kaiserschnittentbindungen ein erhöhtes Infektionsrisiko (Endometritis, Zystitis) aufweisen, sich aber letztlich nicht signifikant in der Short-term-Morbidität unterscheiden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus einem weiteren Review von Lee und D'Alton (2008) zwei Jahre später.

Diese Widersprüchlichkeiten sind nicht nur auf unterschiedliche Studiendesigns zurückzuführen, sondern basieren auch auf verschiedenen Methoden, maternale Morbidität zu erfassen. Auf der NIH-Konferenz (NIH, 2006) wurde versucht einheitliche Parameter festzulegen, die die maternale Frühmorbidität erfassen sollen. Dazu zählen: Länge des Klinikaufenthaltes, operative Komplikationen, traumatische Komplikationen (bei vaginaler Geburt), Anästhesiekomplikationen, urogenitale Fistelbildung, schwere Blutungen, thrombembolische Ereignisse, Infektionen, postpartaler Schmerz und postpartale Depression. Es wird ersichtlich, welche klinische Komplexität<sup>44</sup> maternale Frühmorbidität aufweisen kann und dass dies eine methodische Herausforderung für „intended mode of delivery“-Studien darstellt.

Liu et al. (2007) benutzten bei ihrer „intended mode of delivery“-Studie primäre Sectiones bei Beckenendlage als Surrogat für den Studienarm geplante low-risk Schnittentbindungen (n=46.766 vs. 2.292.420 angestrebte Spontangeburt). In der Gruppe der elektiven Kaiserschnitte zeigte sich eine Rate von 23,7/1000 für schwere

---

<sup>44</sup> Van Ham et al. nahmen beispielsweise 1997 eine Einteilung in schwere („major“: Relaparotomie, Blutverlust > 1500 ml, tiefe Beinvenenthrombose, Sepsis, Pneumonie) und weniger schwere („minor“: Blutverlust < 1500 ml, Harnwegsinfektionen, Endometritis, Wundinfektionen, febriler postoperativer Verlauf) postoperative Komplikationen nach Kaiserschnitt vor.

maternale Morbidität im Vergleich zu einer Rate von 9,0/1000 für angestrebte Spontanentbindungen (OR Hysterektomie 3,2; OR Pueperalsepsis 3,0; OR Anästhesiekomplikationen 2,3; OR Thrombembolie 2,2). Im Kaiserschnittkollektiv zeigte sich lediglich ein geringeres Risiko, eine Bluttransfusion zu erhalten (OR 0,4).

Die Studien mit umfangreichen Stichproben im Rahmen des WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health (Lumbiganon et al., 2010; Souza et al., 2010; Villar et al., 2007) benutzten zur maternalen und neonatalen Risikoabschätzung der jeweiligen Entbindungsart einen kombinierten Mortalitäts-Morbiditäts-Index. Als Parameter für eine schwere, postpartale maternale Morbidität wurden Verlegung auf die Intensivstation, Hysterektomie, Bluttransfusion und ein Krankenhausaufenthalt länger als sieben Tage erhoben.

Villar et al. (2007) berechneten im „intention-to-treat“-Ansatz ihrer Studie für den reinen Morbiditätsindex ein erhöhtes Risiko für den Studienarm geplante Schnittentbindung (n=13208; OR 1,7). Souza et al. (2010) gaben für das Kollektiv „ante partum cesarean without indication“ (n=1735) einen deutlich erhöhten Mortalität-Morbiditäts-Index (OR 5,93) an. Bei Betrachtung der einzelnen Kontinente zeigten sich große Unterschiede (Afrika OR 71,29; Amerika OR 1,94; Asien OR 2,14; Referenz Spontangeburt 1), die auf die unterschiedliche Ausstattung der geburtsmedizinischen Versorgungsinfrastruktur zurückgeführt werden. Die WHO-Studie von Lumbiganon et al. (2010) mit Daten aus neun asiatischen Ländern ergab einen vergleichbaren Index-Wert für das Kollektiv „ante partum cesarean without indication“ (n=1515; OR 2,7) entsprechend der asiatischen Untergruppe bei Souza et al. (2010). Beide Subkollektive sind mit einer Stichprobengröße  $n < 2000$  jedoch so klein, dass beispielsweise der Parameter postpartale Hysterektomie mit seiner geringen Inzidenz keine Dokumentation findet. Bezüglich der postpartalen maternalen Morbidität weisen beide Studien übereinstimmend ein höheres Risiko der Verlegung auf eine Intensivstation bei indikationslosen primären Kaiserschnittentbindungen (im Vergleich zu Spontangeburt) auf, aber ein geringeres Risiko für postpartale Bluttransfusionen.

Anhand der Parameter Blutverlust beziehungsweise Bluttransfusion wird aber auch deutlich, wie Studien Gefahr laufen können, Verzerrungen durch unterschiedliche Definitionen und klinische Praktiken zu unterliegen und damit eine Vergleichbarkeit erschweren. So unterscheiden sich beispielsweise Studien in ihrer Festlegung des Grenzwertes für einen hohen peripartalen Blutverlust teilweise um 500 Milliliter (Schneider et al., 2001; van Ham et al., 1997). Zudem wird darauf hingewiesen, dass der Blutverlust zumeist unterschätzt wird (Miesnik & Reale, 2007; Hema & Johanson, 2002). Die Zuverlässigkeit der postpartalen Bestimmung der Blutparameter Hämoglobin und Hämatokrit wird unterschiedlich bewertet, da häufig schon präpartal (physiologisch) erniedrigte Werte vorliegen und der postpartale Abfall dieser Parameter erst mit einiger Latenzzeit den peripartalen Blutverlust widerspiegelt (Miesnik &

Reale, 2007; Larsson et al., 2006). Ferner korreliert der Hämoglobinwert nicht zwangsläufig mit dem klinischen Zustand. 1985 wurde noch bei Hämoglobinwerten unter 10 g/dl eine Bluttransfusion empfohlen, mittlerweile werden diese bei Hämoglobinwerten zwischen 5 und 7 mg/l sowie in Abhängigkeit der klinischen Situation durchgeführt (Huch & Chaoui, 2006).

Index-Parameter wie postpartale Bluttransfusionen stellen zwar gerade für multi-zentrische Studien mit großem Stichprobenumfang eine praktikable Methodik zur Erfassung von schwerer maternaler Morbidität dar, jedoch sollten bei der Interpretation der Ergebnisse sowohl mögliche Verzerrungen aufgrund der entsprechenden Parameterwahl als auch die Komplexität des klinisch-postpartalen Zustandes mit bedacht werden.

Dahlgren et al. (2009) verwendeten in einer „intended mode of delivery“-Studie zur Risikoabschätzung der maternalen Morbidität primäre Sectiones bei Beckenendlage als Surrogatstudienarm (n=1046 vs. 38.021 angestrebte Spontangeburt). Als Parameter zur Risikoabschätzung erfassten die AutorInnen Anästhesiekomplikationen, intraoperative Organverletzungen, tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Wundkomplikationen, postpartale Infektionen, Verletzungen des Geburtskanals, Bluttransfusionen und postpartale Hysterektomien. Ein erhöhtes relatives Risiko für geplante Kaiserschnittentbindungen bestand für postpartale Hysterektomie (RR 9,09), Anästhesiekomplikationen (RR 1,24) und Wundkomplikationen (1,77). Erniedrigte relative Risiken zeigten sich bei postpartalen Bluttransfusionen (0,89), Infektionen (0,35) und Verletzungen des Geburtskanals.

Geller et al. (2010b) beschrieben ebenfalls bei geplanten Kaiserschnittentbindungen erniedrigte Risiken für klinisch relevanten postpartalen Blutverlust und Infektionen – allerdings bei einer sehr kleinen Stichprobe (n=180 vs. 3868 angestrebte vaginale Geburten).

Auf der NIH-Konferenz wurden als Vorteile einer elektiven Kaiserschnittentbindung hinsichtlich der maternalen Short-term Morbidität ein geringeres Risiko für schwere Blutungen und Verletzungen des Geburtskanals als evidenzbasiert angesehen<sup>45</sup>. Als Vorteile einer vaginalen Geburt wurden weniger anästhesiologische Komplikationen, ein geringeres Infektionsrisiko und ein kürzerer Klinikaufenthalt genannt (NIH, 2006). Auch mehr als fünf Jahre später liegen nur wenige „intended mode of delivery“-Studien mit einem hinreichenden Stichprobenumfang vor. Mit Blick auf die aktuelle Studienlage zeigen sich zu maternaler Morbidität der jeweiligen Entbindungsarten eher Widersprüchlichkeiten als gesicherte Evidenzbasierung.

---

<sup>45</sup> Im gleichen Jahr formulierten Huch und Chaoui in dem Lehrbuch „Die Geburtshilfe“: „Eine gewisse [maternale] postoperative Morbidität [bei Kaiserschnitt] wurde und wird noch heute gelegentlich als schicksalhaft angesehen“ (Huch & Chaoui, 2006, S.782).



Die Studien von Liu et al. (2007) und Villar et al. (2007) weisen mit  $n=46.766$  und  $n=13.208$  die größte Anzahl von geplanten Kaiserschnitten (im Vergleich zu angestrebten Spontangeburt) auf. Die Ergebnisse von Liu et al. ergeben deutliche Hinweise auf eine erhöhte maternale Frühmortalität im Studienarm geplante Schnittentbindung. Diese werden jedoch aufgrund des Surrogatkonzeptes geplante Sectio bei Beckenendlage als nicht aussagekräftig kritisiert (Svigos, 2010). Die WHO-Studie von Villar et al. (2007) zeichnet sich ebenfalls durch einen „intended mode of delivery“-Ansatz und eine große Stichprobe aus, der reine Morbiditäts-Index ist im Interventionsarm erhöht. Jedoch befinden sich gleichfalls Nicht-Schädellagen (14,2%) in diesem Kollektiv sowie eine Reihe von dokumentierten Schwangerschaftsrisiken, die als Indikation für den elektiven Kaiserschnitt angegeben waren (z.B. schwangerschaftsinduzierter Hypertonus 18,9%).

In Anbetracht der insgesamt dürftigen Datenlage ist die Studie von Liu et al. (2007) trotz Beckenendlagen-Interventionsarm als aktuell diejenige mit den meisten Stärken anzusehen. Neben dem Stichprobenumfang und dem „intended mode of delivery“-Ansatz kommt die Studie vor allem durch die „low-risk“-Adjustierung in den Studienarmen der Risikoeinschätzung der maternalen Frühmortalität beim „Wunschkaiserschnitt“ am nächsten. Für evidenzbasierte Aussagen zu den Risiken der beiden geplanten Entbindungsarten sind weitere Studien erforderlich, bei der geringen Inzidenz vieler Parameter sind große Datenbanken erforderlich. Zudem stellt sich bei der Morbidität das Problem der Erfassung nach dem Klinikaufenthalt.

Festzustellen ist aber auch, dass sich bei Aktualisierung der Stellungnahme der DGGG (AG MedR DGGG, 2010a) aus der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Datenlage zur maternalen Morbidität eine weitaus größere klinische Komplexität und differenziertere Formulierung der Risikoeinschätzung ableiten lässt, als die erwähnte eventuelle unschöne Narbenbildung durch einen „Wunschkaiserschnitt“.

### **Kindliche Morbidität**

*„Generell ist jedenfalls das Risiko für das Kind bei vaginaler Geburt größer“* (AG MedR DGGG, 2010a, S.6). Dies ist die Schlussfolgerung der DGGG zur kindlichen (Früh-)Morbidität. Als Beispiele für das erhöhte Risiko werden subpartaler Sauerstoffmangel (mit möglicher Enzephalopathie oder Zerebralparese<sup>46</sup>), intrauterine Infektionen und geburts-traumatische Schäden (z.B. Armplexusparese) aufgeführt.

Grundsätzlich muss bei der Risikoeinschätzung zur kindlichen Morbidität die physiologische (positive) Bedeutung des Geburtsstress bei vaginaler Geburt für das Neuge-

---

<sup>46</sup> Badawi et al. (1998) berechneten ein stark erniedrigtes relatives Risiko für die hypoxische-ischämische Enzephalopathie bei Neugeborenen nach elektivem Kaiserschnitt von RR 0,17. Andererseits wiesen Clark und Hankins 2003 darauf hin, dass trotz der steigenden (primären) Kaiserschnitttraten kein Rückgang der Zerebralparesen bei Neugeborenen zu verzeichnen ist.

borene berücksichtigt werden. Eine erhöhte Ausschüttung von Katecholaminen bewirkt eine bessere postnatale Anpassung (Atmung, Blutzuckerspiegel) des Neugeborenen (Moore et al., 2012; Huh et al., 2012; Kamath et al., 2009; Jain & Dudell, 2006; Wyllie, 2005). Zudem bedingt eine elektive Schnittentbindung vor der 39. Schwangerschaftswoche eine iatrogene Frühgeburtlichkeit, die bei noch mangelnder Ausreifung der fetalen Lungen wiederum zu respiratorischen Anpassungsstörungen führt (Barros et al., 2005; Zanardo et al., 2004; Morrison et al., 1995).

Analog zur maternalen Morbidität stellt sich auch bei Neugeborenen die Frage, mit welchen Parametern deren Morbidität erfasst werden kann. Auf der NIH-Konferenz wurden als Parameter zur Erfassung der Frühmorbidity der Neugeborenen intrakranielle Blutungen, Asphyxie, Enzephalopathie, Geburtsverletzungen, Infektionen, respiratorische Morbidität, iatrogene fetale Unreife und Länge des Klinikaufenthaltes festgelegt. Mit schwacher Evidenz<sup>47</sup> wurde die Reduktion von intrakraniellen Blutungen, Asphyxie, Enzephalopathie, Geburtsverletzungen<sup>48</sup> und Infektionen als Vorteile der elektiven Sectio zugeordnet. Bei vaginalen Geburten zeigten sich ein kürzerer kindlicher Klinikaufenthalt sowie eine geringere respiratorische Morbidität (moderate Evidenz) und eine geringere iatrogene Frühgeburtlichkeit (schwache Evidenz). Somit ließ die Studienlage 2006 nur Aussagen zur kindlichen Morbidität mit zumeist schwacher Evidenz zu. Zudem fehlten hierzu wiederum „intended mode of delivery“-Studien (NIH, 2006).

Kolås et al. (2006) führten die erste prospektive „intended mode of delivery“-Studie zum neonatalen Outcome mit 17.828 angestrebten Spontangeburt und 814 geplanten low-risk Schnittentbindungen durch. Zur Risikoabschätzung der neonatalen Morbidität erfassten die AutorInnen intrakranielle Blutungen, einen auffälligen neurologischen Status, respiratorische Auffälligkeiten, bakterielle Infektionen sowie Verlegung auf die neonatale Intensivstation. Bei geplanten Kaiserschnitten zeigte sich ein erhöhtes Risiko für eine respiratorische Morbidität (RR 2,09) sowie häufigere Verlegungen auf die Intensivstation (1,74). Hingegen bestand ein geringeres Risiko für einen auffälligen neurologischen Status (RR 0,56) und bakterielle Infektionen (RR 0,64). Die Fallzahl der intrakraniellen Blutungen war zu klein, um Aussagen zum relativen Risiko daraus abzuleiten. Für Kinder, die nach der 39.+0 Schwangerschaftswoche geboren wurden, zeigte sich in dieser Studie kein signifikanter Unterschied bei der respiratorischen Morbidität bezüglich der Entbindungsart. Die

---

<sup>47</sup> Einteilung der Evidenz-Level nach NIH 2006

<sup>48</sup> Verletzung des Kindes mit dem Skalpell bei elektiver Kaiserschnittentbindung werden mit rund 1% angegeben und sind zumeist aber harmlos (Alexander et al., 2006; Smith et al., 1997). Hema und Johanson geben allerdings zu bedenken: „Fetal injuries at Caesarean section are not uncommon and they are often under-reported“ (Hema & Johanson, 2002, S.67).

AutorInnen schlussfolgerten, dass hinsichtlich der genaueren Risikoeinschätzung der respiratorischen Morbidität der Neugeborenen beim Vergleich der Entbindungsarten auch eine Stratifizierung nach Gestationsalter erforderlich ist.

2008 veröffentlichten Hansen et al. Ergebnisse einer Vergleichsstudie von angestrebten Spontangeburt (n=31.771) und geplanten Schnittentbindungen (n=2.687) zur respiratorischen Morbidität entsprechend des Gestationsalters. Von den elektiven Kaiserschnitten erfolgten 788 (29,3%) auf Wunsch. „Early-term“-Kinder bei geplanten Schnittentbindungen zeigten ein höheres Risiko für Atemstörungen im Vergleich zu den „early-term“-Gruppen der angestrebten Spontangeburt (37.SSW OR 3,9; 38.SSW OR 3,0; 39.SSW 1,9). Der zur Atemstörung<sup>49</sup> führende Effekt der Frühgeburtlichkeit wird also durch den Geburtsmodus Kaiserschnitt noch verstärkt. Die AutorInnen machen die fehlende Wehentätigkeit und die dadurch fehlende kindliche Thoraxkompression sowie die geringere Ausschüttung von „Stresshormonen“ dafür verantwortlich.

Als problematische Parallele zur Risikoeinschätzung der mütterlichen Morbidität zeigt sich bei der Erfassung des kindlichen postnatalen klinischen Status auch hier keine Einheitlichkeit in der Fachliteratur bei der Erhebung entsprechender Parameter.

In einer kanadischen „intended mode of delivery“-Studie benutzen die AutorInnen einen neonatalen Morbiditäts-Index, den sie „*any life-threatening complication*“ nennen (Dahlgren et al., 2009, S.814). Dieser errechnet sich aus elf Parametern und weist für den Kaiserschnitt-Interventionsarm ein erniedrigtes relatives Gesamtrisiko von 0,34 auf. Ein erhöhtes Risiko zeigt sich bei den Einzelkomponenten wiederum für Atemstörungen und für Pneumonie. Dahlgren et al. schränken ein, dass sie die Morbidität nur im Rahmen der Dauer des Klinikaufenthaltes nach der Geburt ermitteln konnten. Dies trifft auf viele vergleichbare Studien ebenfalls zu.

Keine (differenzierte) Aussagekraft haben die WHO-Studien von Lumbiganon et al. (2010), Souza et al. (2010) und Villar et al. (2007) hinsichtlich der kindlichen Morbidität, da die AutorInnen jeweils nur den Parameter „Aufenthalt auf der neonatalen Intensivstation länger als sieben Tage“ erhoben. Für die Entbindungskategorie „ante-partum caesarean section without indication“ (ohne „intended mode of delivery“-Ansatz, Referenz Spontangeburt) ergibt sich dafür bei der Studie von Souza et al. ein leicht erhöhtes Risiko (RR 1,18), in der Studie von Lumbiganon et al. ist dieses erniedrigt (RR 0,4). Villar et al. stellen bei ihrer „intended mode of delivery“-Analyse für Neugeborene durch geplante Schnittentbindungen ein deutlicher erhöhtes Risiko für einen längeren Aufenthalt auf der Intensivstation fest (RR 1,6); allerdings sind in der Studie nicht alle elektiven Schnittentbindungen unter low-risk-Sectio einzustufen.

---

<sup>49</sup> Eine Follow-up-Studie bis zum 18. Lebensjahr ergab zudem bei Kaiserschnittkindern ein erhöhtes Risiko an Asthma bronchiale zu erkranken (Tollånes et al., 2008).

Die „intended mode of delivery“-Studie von Geller et al. (2010a) liefert ebenfalls wenig Aufschluss über eine patientInnenrelevante Risikoabschätzung der kindlichen Morbidität. Zwar werden mehrere Parameter zur Risikoeinschätzung erhoben, jedoch umfasst der Studienarm der geplanten low-risk-Sectiones nur 180 Geburten (mit Surrogaten). Zu schweren neurologischen und respiratorischen Störungen kann aufgrund des geringen Stichprobenumfangs keine Aussage getroffen werden. Die Hauptergebnisse – eine höhere Rate an kindlichen Verlegungen auf die Intensivstation bei geplanten Kaiserschnitten<sup>50</sup> und vermehrter Mekoniumabgang<sup>51</sup> bei Neugeborenen von angestrebten Spontangeburt – sind eher wenig bedeutsam.

Die seit 2006 publizierten Studien konnten bislang wenig zu verbesserten evidenzbasierten Aussagen zur Risikoeinschätzung der kindlichen Morbidität bei „Wunschkaiserschnitt“ beitragen. Erneut zeigt sich die Notwendigkeit von umfangreichen Stichproben, standardisierter Erfassung klinisch relevanter Parameter sowie eines „intended mode of delivery“-Studiendesigns. Zudem erstaunt, wie selten Studien die kindliche Morbidität geschlechterdifferenziert analysieren, da zumindest für das perinatale Gesamtsterblichkeitsrisiko belegt ist, dass das männliche Geschlecht häufiger betroffen ist (Sami & Baloch, 2004).

Lee und D’Alton (2008a) schlussfolgern in einem Review, dass der Hauptbenefit für Kinder bei „Wunschkaiserschnitten“ in der Reduzierung schwerer neurologischer Krankheitsbilder liegt; nach ihrer Schätzung sind allerdings rund 5000 Schnittentbindungen notwendig, um einen Fall von hypoxischer, ischämischer Enzephalopathie zu vermeiden, der ursächlich einer angestrebten vaginalen Geburt zuzuschreiben ist<sup>52</sup>. Der Verweis in der DGGG-Stellungnahme auf ein generell höheres kindliches Risiko bei der angestrebten vaginalen Geburt und allenfalls *„schnittentwickelten Neugeborenen bei Sectio ohne Wehen häufiger als bei Spontangeburt vorübergehende pulmonale Anpassungsstörungen“* zu bescheinigen (AG MedR DGGG, 2010a, S.6) wird somit wiederum der Komplexität der Thematik leider nicht gerecht.

---

<sup>50</sup> Die Anwesenheit eines zweiten anästhesiologischen ärztlichen Bereitschaftsdienstes für das Neugeborene bei einem Kaiserschnitt erhöht per se die Wahrscheinlichkeit einer Verlegung auf die Intensivstation.

<sup>51</sup> Als Mekonium wird der erste Stuhlgang des Kindes bezeichnet, ein Stuhlabgang subpartu wird als unspezifisches „Stresszeichen“ gewertet.

<sup>52</sup> Die Ätiologie der neonatalen Enzephalopathie ist ein komplexes Geschehen, dem viele Ursachen zugrunde liegen können (Hankins & Speer, 2003).

### Weitere relevante (Short-term) Endpunkte

Die mütterliche und kindliche Situation nach der Geburt anhand klassischer klinischer Morbiditätsparameter zu erfassen und daraus Erkenntnisse für Risikoabschätzungen der jeweils geplanten Entbindungsarten abzuleiten, erweist sich als problematisch. Die Relevanz der in den vorliegenden Studien unterschiedlich bestimmten Parameter für Frau und Kind kann zudem kontrovers diskutiert werden. Als weitere in diesem Kontext relevante Faktoren wurden auf der NIH-Konferenz Stillen und postpartale Depressionen angeführt. Mit schwacher Evidenz wurde der vaginalen Geburt ein Stillvorteil und ein verbessertes Bonding zugeschrieben, zur Risikohäufigkeit von postpartalen Depressionen ließ sich keine Aussage treffen (NIH, 2006).

Mehrere Studien belegen, dass Kinder nach Schnittentbindung seltener gestillt werden als nach Vaginalgeburt und dadurch auch ein Bonding erschwert wird. Ursächlich werden eine häufigere Trennung von Mutter und Kind aufgrund operationstechnischer Rahmenbedingungen, häufigere Atemstörungen der Neugeborenen, verstärkte postoperative Schmerzen der Mutter oder auch ein späterer Milcheinschuss nach Kaiserschnitt angeführt (Cakmak & Kuguoglu, 2007; Karlström et al., 2007; Doherty & Eichenwald, 2004; Jurgelucks, 2004; Dewey et al., 2003; Rowe-Murray & Fisher, 2001). Allerdings wurde in den meisten Studien nicht zwischen primären und sekundären Sectiones unterschieden. Zanardo et al. veröffentlichten 2010 eine Untersuchung zur Häufigkeit des Stillens nach elektiver Sectio (n=398), Notfallkaiserschnitt (n=279) und vaginaler Geburt (n=1496). Zwischen den beiden Kaiserschnittstudienarmen zeigte sich kein signifikanter Unterschied, Kinder nach vaginaler Entbindung wurden jedoch deutlich häufiger gestillt. Untersuchungen im „intended mode of delivery“-Design würden eine methodisch korrektere Aussage hinsichtlich des Stillens bei einem „Wunschkaiserschnitt“ zulassen, die derzeit verfügbare Studienlage<sup>53</sup> stützt bislang die Einschätzung der NIH-Konferenz 2006.

Psychische und psychosomatische Auswirkungen nach Geburt in Abhängigkeit der geplanten Entbindungsart zu erfassen, bildet eine weitere methodische Herausforderung (Carter et al., 2006; Wu et al., 2002). Die wenigen Studienergebnisse, die zu der Frage der Häufigkeit des Auftretens von postpartalen Depressionen im Zusammenhang mit einem bestimmten Geburtsmodus existieren, sind widersprüchlich. Zwei Studien aus Taiwan verdeutlichen dies. 2002 stellten Chen und Wang keine signifikanten Unterschiede für postpartale Depressionen bei Erstgebärenden nach vaginaler Geburt, primärer oder sekundärer Schnittentbindung fest. Ergebnisse einer

---

<sup>53</sup> Studien jüngerer Datums untersuchen jedoch inwieweit der fördernde frühe Hautkontakt (skin-to-skin care) bei Kaiserschnittentbindung nicht durch einen Neugeborenen-Vater-Kontakt kompensiert werden kann (Erlandsson et al., 2007).

neueren Studie (Yang et al., 2011) zeigen für Frauen nach Spontangeburt und vaginal-operativer Entbindung ein geringeres Risiko, eine postpartale Depression zu erleiden, als für Frauen nach Sectio. Bemerkenswert ist, dass in der Studie von Yang et. al. Frauen nach elektivem Kaiserschnitt sogar ein höheres Risiko für eine postpartale Depression aufweisen als Frauen nach einem Notfall-Kaiserschnitt (OR 1,48). Augenscheinlich wird in diesem Bereich die Notwendigkeit weitergehender Studien mit qualitativen Forschungsmethoden. Auch zur Weiterentwicklung der Definition und Erfassung von nutzerInnenrelevanter Parameter für die Risikoeinschätzung jeweils geplanter Entbindungsarten erscheinen vermehrt Studien mit qualitativer Methodik dringend erforderlich.

### 2.3.3 Risikobewertung und Evidenz

Die in der „Post-NIH-State-of-the-Science-Conference-Ära“ publizierten Ergebnisse von „intended mode of delivery“-Studien konnten bis dato nur wenig Klärung in die Fachdiskussion um die Risikobewertung des „Wunschkaiserschnitts“ bringen. Nilstun et al. formulieren 2008 vorsichtig: *„(...) the evidence is too weak to state definitely that differences [between CDMR and planned vaginal delivery] are completely absent“* (Nilstun et al, 2008, S.6). Villar et al. (2007) sowie MacDorman et al. (2008b) sehen hingegen in ihren Studienergebnissen deutlich mehr Belege für ein erhöhtes mütterliches und kindliches Risiko bei elektiven Kaiserschnitten im Vergleich zu Vaginalgeburten. Schneider gelangt im gleichen Jahr zu der Einschätzung: *„Die bestehende Evidenz spricht klar dafür, dass in risikoarmen Situationen die vaginale Geburt nach wie vor die sicherste Form der Entbindung ist“* (Schneider, 2008, S.40). Lavender et al. schlussfolgern 2009 in einem Cochrane Review: *„There is no evidence from randomised controlled trials, upon which to base any practice recommendations regarding planned caesarean section for non-medical reasons at term.“* (Lavender et al., 2009, S.3). Klar und deutlich interpretieren Lumbiganon et al. ihre Studienergebnisse: *„To improve maternal and perinatal outcomes, caesarean section should be done only when there is a medical indication“* (Lumbiganon et al., 2010, S.490).

In die Argumentationswaagschale für einen „Wunschkaiserschnitt“ werden nun methodischen Schwächen der entsprechenden Studien geworfen – wohl wissend, dass prospektive randomisierte „intended mode of delivery“-Studien (ohne Surrogate) mit entsprechend umfangreicher Stichprobengröße (und einem long-term follow up) derzeit nicht verfügbar und schwer zu realisieren sind (Svigos, 2010). Zugleich wird vehement auf den protektiven Effekt des elektiven Kaiserschnitts zur Vermeidung einer Beckenbodeninsuffizienz verwiesen (AG MedR DGGG, 2010a; vgl. Kapitel 3.2.3).

An dieser Stelle soll die seit mehr als 15 Jahren angeführte medizinbasierte Begründung für die Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ nochmals genau analysiert werden. Die Argumentationskette besteht aus zwei wesentlichen Schritten:

Erstens: Veränderte Operations- und Narkosetechniken führen insbesondere bei elektiven Kaiserschnittentbindungen zu einer sinkenden mütterlichen sowie kindlichen Morbidität und Mortalität. Zweitens: Aus dieser Risikominimierung resultiert ein potentieller Gewinn an Gesundheit für Mutter und Kind, der eine zunehmende Akzeptanz und Durchführung eines gewünschten Kaiserschnitts rechtfertigt.

Schritt eins beinhaltet eine Vorher-Nachher-Logik: Vor den Technikveränderungen war das Outcome schlechter als danach. Auch wenn die monokausale Verknüpfung in Frage zu stellen ist und sicherlich weitere Faktoren hierbei zu berücksichtigen sind (z.B. Antibiose, Thrombembolieprophylaxe), weisen zunächst die verbesserten Endpunkte NutzerInnen-Relevanz auf. Wesentlich ist allerdings der Bezugspunkt des Vergleichs. Die sinkende Morbidität und Mortalität beziehen sich auf Kaiserschnittentbindungen unter vorhergehenden, medizintechnischen Rahmenbedingungen.

Vor dem Hintergrund der aktuell hierzu verfügbaren Studien herrscht in der Fachwelt aber keinesfalls Konsens darüber, dass die operationstechnischen Veränderungen in jeder Hinsicht zu einem evidenzbasierten, patientinnenrelevanten Benefit führen. Zumindest angesichts langfristiger, patientinnenrelevanter Auswirkungen ist die Feststellung einer grundsätzlich sinkenden Morbidität zu undifferenziert.

Schritt zwei knüpft an diese undifferenzierte Darstellung an und leitet daraus – zumindest implizit – verallgemeinernd einen potentiellen Gesundheitsgewinn für alle Mütter und Kinder ab. Bedeutsam ist hier nun der Wechsel des Blickwinkels auf alle NutzerInnen der geburtsmedizinischen Versorgung. Ergebnisse von bislang verfügbaren „intended mode of delivery“-Studien lassen aber keine evidenzbasierten Aussagen über Risiken und Nutzen zu, die die Argumentation von Schritt zwei stützen.

Die grundlegenden Veränderungen in der Risikowahrnehmung und -bewertung der operativen Schnittentbindung führen zwar (auch) zu einer zunehmenden Akzeptanz sowie vermehrten Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“, doch das hierfür zugrunde gelegte medizinische Begründungsmuster weist keine Evidenzbasierung auf.

## **2.4 ZUSAMMENFASSENDE SCHLUSSFOLGERUNGEN ZUM FORSCHUNGSKONTEXT**

Young bezeichnete 2007 den Anstieg an Kaiserschnittoperationen plakativ als eine weltweite Epidemie. Bei der Betrachtung der steigenden Kaiserschnitttraten in den letzten 20 Jahren in vielen der so genannten entwickelten Länder lässt sich die Verwendung dieses – etwas dramatischen – Vergleichs dennoch nachvollziehen. Auf-

fällig ist insbesondere die verstärkte Zunahme der primären Kaiserschnitte (AQUA, 2010; MacDorman et al., 2008b; CDC, 2006; Declercq et al., 2005; Bailit et al., 2004; Murray & Pradenas, 1997).

Als Gründe für diese Entwicklung werden vorrangig technische Fortschritte in der Geburtsmedizin und ein verändertes Risikoprofil von Schwangeren genannt (Zhang et al., 2010, Huch & Chaoui, 2006). Die in der Fachliteratur überwiegend verwendete Charakterisierung dieses vermeintlichen Risikoprofils impliziert kausale Zusammenhänge von bestimmten Merkmalen (z.B. Alter, BMI) geburtsmedizinischer Nutzerinnen und Indikationen für Schnittentbindungen, die nach aktueller Datenlage nicht als gesichert gelten können (Hübner & Jacob, 2006). Ein verändertes Risikoprofil, das sich aus zuvor erfolgten reproduktions- und geburtsmedizinischen Interventionen (z.B. assistierte Schwangerschaft, Z.n. Sectio) ergibt und in der Folge zu steigenden Kaiserschnitttraten führen kann, wird jedoch selten als solches in der Fachliteratur thematisiert<sup>54</sup>. Umso häufiger wird auf die sinkende mütterliche und kindliche Morbidität und Mortalität – insbesondere nach elektiver Schnittentbindung – durch veränderte Operations- und Narkosetechniken verwiesen.

Auch die öffentliche Wahrnehmung einer verstärkt interventions-orientierten Geburtsmedizin wird durch diese Begründungsmuster positiv beeinflusst. Der zunehmende Einsatz von pränataler Diagnostik und Technisierung in der Geburtsmedizin wird mit scheinbar maximaler Kontrollierbarkeit von Risiken und Beherrschung von Komplikationen in der Schwangerschaft und subpartu verbunden (Fenwick et al., 2010; Büttner, 2008; Green & Baston, 2007). Schwangeren Frauen wird dadurch eine erhöhte Sicherheit und Machbarkeit in Aussicht gestellt, die Vorstellung vom Ausschalten des Unvorhersehbaren kann somit auch zu einer Entscheidung für eine vermeintlich schmerzfreie und kontrollierbare Geburt per Kaiserschnitt führen (Andrist, 2008; Miesnik & Reale, 2007; Penna & Arulkumaran, 2003).

Mit den zunehmenden Möglichkeiten von geburtsmedizinischer Diagnostik und Interventionen sowie dem damit verknüpften Bild des „Fortschrittsoptimismus der Moderne(n Medizin)“ geht aber gleichzeitig eine Entwicklung einher, dass ÄrztInnen immer stärker forensische Aspekte in die Entscheidung für eine Entbindungsart mit einbeziehen (müssen) (Fuglenes et al., 2009; Yang et al., 2009; Habiba et al.; 2006). Als weitere bedeutsame paramedizinische Einflussfaktoren, eine Entscheidung für eine Kaiserschnittentbindung von ärztlicher Seite zu treffen, werden mittlerweile aber auch strukturell-institutionelle und betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen von Geburtskliniken angeführt (AG MedR DGGG, 2010a; Hornemann et al. 2008, Xirasagar & Lin, 2007; Villar et al., 2006; Bailit et al., 2004; Gregory et al., 2001).

---

<sup>54</sup> In der US-amerikanischen Fachliteratur wird die Wahl des Geburtsmodus bei vorausgegangener Kaiserschnittentbindung häufiger thematisiert und diskutiert als im deutschsprachigen Raum.



Die Veränderungen in Risikowahrnehmung und -bewertung von Kaiserschnittoperationen führen ebenfalls zu einer zunehmenden Akzeptanz von „Schnittentbindungen auf Wunsch“ in der Fachwelt sowie der breiten Öffentlichkeit. Unklar bleibt, welchen Anteil diese an den Gesamtkaiserschnitttraten bilden. Einerseits gibt es deutliche Hinweise darauf, dass der größte Teil der Schwangeren eine Spontangeburt anstrebt (Robson et al., 2009; McCourt et al., 2007; Lutz & Kolip, 2006), andererseits führen GeburtsmedizinerInnen die Steigerung der Kaiserschnitttraten auch auf „Wunschkaiserschnitte“ zurück (Stjernholm et al., 2010; Weaver et al., 2007; NIH, 2006). Unterschiedliche Auffassungen über die Definition des „Wunschkaiserschnitts“ sowie verschiedene Auslegungen von relativen Sectioindikationen – sowohl bei Professionellen als auch Nutzerinnen – ermöglichen eine große Spannbreite an Interpretationen und können eine Erklärung für diese Widersprüche sein (Gossman et al., 2006). Ferner ist auch denkbar, dass die massive Präsenz der Thematik „Wunschkaiserschnitt“ unter dem Fokus Selbstbestimmungsrecht der Frauen für eine Entbindungsart, Aufmerksamkeit bindet und die Be(tr)achtung von eindeutigeren Ursachen der Zunahme von Kaiserschnittoperationen (gewollt) in den Hintergrund rücken lässt: *„What is clear, however, is that the growth in caesareans [...] is the result of a complicated shift in professional practice. It is not primarily about mothers pressing doctors for caesareans, as contemporary media coverage would have us believe“* (Declercq & Norsigian, 2006, o.S.).

Beiden Phänomenen – der drastischen Zunahme an Schnittentbindungen und der verstärkten Akzeptanz von „Wunschkaiserschnitten“ – liegt das gleiche medizinische Begründungsmuster zugrunde. Dies kann zugespitzt wie folgt formuliert werden: „Verbesserte Operationstechnik führt zu mehr Gesundheit für Mutter und Kind.“ Evidenz dafür liegt nicht vor.

Zu hinterfragen ist angesichts dessen die stetig zunehmende Betonung des Selbstbestimmungsrechts der Nutzerinnen geburtsmedizinischer Versorgung – im Sinne eines Wahlrechts auf eine (klinische!) Entbindungsart – von Seiten der ärztlichen Professionellen. „Labelling“ von Variationen von Operationsabläufen als *„natural casarean – a woman-centred technique“* (Smith et al., 2008; S.1037) und Prognosen von der bald *„vorherrschende[n] Geburtsform“* Kaiserschnitt (Husslein, 2008, S.698; vgl. Kapitel 3.2.2) tragen dazu bei, eine „Instrumentalisierung“ geburtsmedizinischer Nutzerinnen zu vermuten. Die im deutschsprachigen Raum als „sanfter Kaiserschnitt“ bekannte Misgav-Ladach-Methode ist letztlich keine operationstechnische Innovation und nicht alle Operationsschritte erbringen gesichert Vorteile für Patientinnen (vgl. Kapitel 2.3.1). Lehmann kritisiert die sprachliche Verharmlosung: *„Ob Reißen sanfter ist als Schneiden und deswegen so bezeichnet werden sollte, ist zweifelhaft“* (Lehmann, 2006, S.231) und wertet diese als Marketing-Strategie von Geburtskliniken.

Davis-Floyd (2001) gibt zu bedenken, dass die zunehmende Interventionsorientierung in der Geburtsmedizin nicht allein auf ausschließlichen, gutgemeinten Medizintechnizismus zurückzuführen ist, sondern ökonomische Interessen und patriarchal geprägte Strukturen diese Entwicklung mitbestimmen. Bryant et al. (2007) knüpfen daran an und beschreiben die Wahlmöglichkeit des Entbindungsmodus in der Geburtsklinik durch die Schwangere als eine neoliberale Variante des Selbstbestimmungsrechts. Die Autorinnen sehen in den heutzutage zugestandenen Auswahlmöglichkeiten auf Basis eines polarisierenden, geburtsmedizinischen Diskurses nach dem Richtig-Falsch-Prinzip (wie beispielsweise Sicherheit – Unsicherheit) zugleich die Verpflichtung der Nutzerinnen im Sinne einer (propagierten) verantwortungsvollen Mutterschaft eine Entscheidung zu treffen. Die Geburt per Kaiserschnitt wird somit zu einer Option, die (zwangsläufig) mitgedacht werden muss. Fenwick et al. (2010) bewerten die derzeitige Ausrichtung des medizinischen Diskurses über den „Wunschkaiserschnitt“ gleichzeitig als eine Strategie, Frauen in ihrer Wahl für den Geburtsmodus Kaiserschnitt als sichere und verantwortungsbewusste Entscheidung zu bestätigen.

Nach der NIH-Empfehlung (2006) entsprechend gestaltete „intended mode of delivery“-Studien können derzeit keine Evidenz für ein grundsätzlich verbessertes Outcome bei „Wunschkaiserschnitten“ im Vergleich zu angestrebten Spontangeburtenerbringen. KritikerInnen beanstanden an dem Studiendesign, dass geplante Schnittentbindungen mit angestrebten („geplanten“) Klinik-Spontangeburtenergebnissen verglichen werden. Sie führen an, dass vaginale Klinikgeburten im Gegensatz zu „best-practice“-Spontangeburtenergebnissen interventionsreicher gestaltet sind und dadurch ein erhöhtes Risiko an Komplikationen mit sich bringen: *„Why did the panel not note that comparison with ‚best practice‘ vaginal birth likely would have given very different results?“* (Young, 2006, S.173). Derart gestaltete Studien könnten das oben genannte, ubiquitär verbreitete medizinische Begründungsmuster noch deutlicher infrage stellen.

Zudem plädieren KritikerInnen dafür, den „Wunschkaiserschnitt“ nicht als bestätigte Tatsache einer ausschließlich zugrundeliegenden Nachfrage der Schwangeren zu behandeln und damit künstlich von der Analyse der insgesamt steigenden Kaiserschnittsraten abzutrennen: *„Continued misplaced focus on “maternal request” cesareans draws attention away from the legal, clinical, financial and social factors that are playing a major role in the escalating cesarean rate“* (Childbirth Connection, 2008, o.S.). Um dem entgegenzuwirken hat das American College of Nurse-Midwives die REDUCE (Research and Education to Decrease Unnecessary (!) Cesarean Sections) – Kampagne ins Leben gerufen (ACNM, 2005). Der Begriff „unnötige Kaiserschnitte“<sup>55</sup> bietet zwar gleichfalls ein breites Spektrum möglicher

Interpretationen an, immerhin hat diese Formulierung aber den Vorteil, dass eine Kategorisierung durch ein jeweils unterstelltes, stärker ausschlaggebendes Handeln der beteiligten AkteurInnen (und damit auch Zuschreiben von Verantwortungsübernahme) im Entscheidungsprozess für eine Entbindungsart nicht vorweggenommen wird. Mit Blick auf die Komplexität einer solchen Entscheidung und der wechselseitigen Beeinflussung der AkteurInnen in diesem Prozess wird zudem deutlich, dass die relativ häufig gewählte Einteilung möglicher Ursachen für steigende Kaiserschnittraten und der zunehmenden Akzeptanz der Entbindungsoption „Wunschkaiserschnitt“ in Kategorien wie beispielsweise *„Patientinnen-abhängige Faktoren“* und *„Klinische und ärztliche Faktoren“* (Huch & Chaoui, 2006, S.783) zumeist der Erfassung dieses prozesshaften Geschehens nicht gerecht wird.

Aus dem bisher dargestellten Problemhintergrund leitet sich die Grundannahme dieser Arbeit ab, dass der Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ nicht allein als einzelne Interaktionssituationen zwischen Schwangeren und ÄrztInnen zu verstehen ist. Risikowahrnehmung und -bewertung sowie die daraus möglicherweise resultierende Entscheidung für einen Kaiserschnitt sind bei allen beteiligten AkteurInnen Entwicklungsprozesse, die zudem Einflüssen von nicht mittelbar beteiligten Dritten unterliegen können (Leppin, 2001). In einer systematischen Übersichtsarbeit untersuchten Gamble et al. (2007) Studien mit der Fragestellung, welche Faktoren Frauen bei ihrer Wahl für einen „Wunschkaiserschnitt“ beeinflussen. Sie wiesen darauf hin, dass ein besonderer Forschungsbedarf an Untersuchungen zu Interaktionen zwischen Nutzerinnen und ÄrztInnen besteht, die eine Analyse des Entscheidungskontextes mitberücksichtigen.

Auf der Basis der dargestellten Vorüberlegungen kann davon ausgegangen werden, dass sowohl traditionell-institutionelle als auch wirtschaftlich-ökonomische Faktoren einen bedeutsamen Kontext hinsichtlich des Entscheidungsprozesses für einen „Wunschkaiserschnitt“ darstellen. Insoweit ist dem Forschungsvorgehen die Absicht inhärent, empirisch erfasste Sichtweisen klinisch tätiger FrauenärztInnen auf ihr Erleben von Interaktionen mit schwangeren Frauen, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern, im Lichte dieses Kontextgeschehens zu betrachten. Die Deutung der Antworten der Befragten erfolgt im Hinblick auf Prägungen der aktuellen geburtsmedizinischen Versorgungssituation sowohl durch die historische Entwicklung der Geburtsmedizin als auch durch die derzeitige wettbewerbsorientierte Wirtschaftsausrichtung des Gesundheitssystems. Der qualitative Forschungsansatz ermöglicht gleichzeitig die Offenheit aus der empirischen Analyse weitere bedeutsame Faktoren in diesem Prozess zu identifizieren. Diese Art der Betrachtung der empirisch erho-

---

<sup>55</sup> Lumbiganon et al. (2010) benutzen ebenfalls diesen Begriff: *„Unnecessary caesarean section is a classic example of the mismatch between evidence and practice in obstetrics“* (Lumbiganon et al., 2010, S.490).

benen Sichtweisen der FrauenärztInnen lässt sich als diachronisch beziehungsweise synchronisch bezeichnen (Lüders & Meuser, 1997; vgl. Kapitel 3). Ziel dieser Arbeit ist, die empirischen Ergebnisse auch im Spiegel der folgenden theoretischen Überlegungen und Erkenntnisse zu betrachten.

### **3. THEORETISCHER RAHMEN UND FORSCHUNGSSTAND**

Angesichts der nun zu konstatierenden mangelnden Evidenz der gängigen medizinischen Begründungen für die Zunahme an Schnittentbindungen und für die verstärkte ärztliche Akzeptanz von „Wunschkaiserschnitten“ sowie anknüpfend an die von Lüders und Meuser (1997) als diachronisch beziehungsweise synchronisch bezeichnete Betrachtung eines Forschungskontextes werden im theoretischen Teil dieser Arbeit drei Themenfelder beleuchtet, die Aufschluss über die veränderte geburtsklinische Versorgung liefern können.

Eine diachronische Problemanalyse impliziert die Betrachtung von historisch-kulturell geprägten Weltbildern, wobei das ihnen zugehörige Wissen und Denken in bestimmten sozialen Zugehörigkeiten verwurzelt ist und sie sich durch die strukturelle Dominanz ihrer Deutungsmuster auszeichnen (Lüders & Meuser, 1997). Entsprechend beginnt der Theorieteil dieser Arbeit mit einer historischen Betrachtung von Geburtsmedizin. Anhand von exemplarisch medizingeschichtlichen Darstellungen soll der Medikalisierungsprozess von Frauengesundheit in seinen vielfältigen Aspekten aufgezeigt werden.

Eine synchronisch orientierende Analyse wird nach Lüders und Meuser (1997) in gegenwartsdiagnostischer Absicht unternommen. Im heutigen „System klinische Geburtsmedizin“ lassen sich mehrere ärztliche Handlungsebenen bei Entscheidungen für einen „Wunschkaiserschnitt“ betrachten. So wird im zweiten Abschnitt die zunehmende marktwirtschaftliche Ausrichtung des Krankenhaussektors in Deutschland dargestellt und analysiert. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass diese Entwicklung verstärkt auch Einfluss auf ärztliches Denken und Handeln nimmt und die Akzeptanz für einen „Wunschkaiserschnitt“ vorantreiben kann.

Im letzten Abschnitt werden weitere Entscheidungskontextualitäten für die Durchführung von gewünschten Schnittentbindungen in den Blick genommen, die sich aus dem „Handlungssystem Geburtsklinik“ ableiten lassen. Neben Arbeitssituation und forensischen Anforderungen in geburts-klinischer Versorgung werden (gesundheitspolitische) Diskursausrichtungen zu „Selbstbestimmung“ und „eigenverantwortlicher, informierter Entscheidungsfindung“ in den Fokus der Betrachtung gerückt. Insgesamt sollen in diesem dritten Kapitel nicht mittelbar ersichtliche Entscheidungskontextualitäten beleuchtet werden, die Einfluss auf klinikärztliches Denken und Handeln nehmen und somit auch Interaktionsgestaltungen und Entscheidungen für oder gegen eine Entbindung per „Wunschkaiserschnitt“ bestimmen können.

### **3.1 GEBURTSMEDIZIN – BETRACHTUNG IM HISTORISCHEN KONTEXT**

Die derzeitigen geburtsmedizinischen Versorgungsstrukturen sind historisch-kulturell geprägt. Epochenübergreifend führten politisch motivierte Machtinteressen zu einer ärztlich dominierten Geburtsmedizin. Als machtvoll Instrument der Durchsetzung von (männlicher) ärztlicher Professionalisierung in einer ursprünglich hebammen-geprägten Geburtshilfe erwies sich die Medikalisierung von weiblicher Anatomie und Physiologie. *„Medikalisierung umfasst alle Versuche der ärztlichen Profession, ihr Definitionsmonopol auszuschöpfen, normale Körperprozesse aus einer medizinischen Perspektive zu betrachten, sie zu pathologisieren und anschliessend mit dem medizinischen Instrumentarium zu ‚behandeln‘.“* (Kolip, 2000, S.10). Der „Wunschkaiserschnitt“ kann als ein Ergebnis eines solchen Prozesses betrachtet werden.

Sowohl im frauenheilkundlichen als auch im geburtshilflichen Versorgungsbereich sind im Lauf der Jahrhunderte unterschiedliche Phasen ärztlicher Professionalisierung und Medikalisierung zu verzeichnen. Anhand exemplarischer, medizingeschichtlicher Beispiele werden zunächst diese Prozesse in der Frauenheilkunde und der Geburtshilfe im westlich-abendländischen Kulturkreis mit dem Schwerpunkt Deutschland skizziert. Vor diesem Hintergrund wird anschließend die medizingeschichtliche Entwicklung der operativen Geburt durch Kaiserschnitt gesondert in den Blick genommen. Anknüpfend an die zentrale Fragestellung der Studie werden abschließend Schlussfolgerungen zum „Wunschkaiserschnitt“ im Kontext von Geschichte und Gegenwart gezogen.

#### **3.1.1 Von der Frauen-Heilkunde zur Gynäkologie**

Medikalisierung des physiologischen Geburtsprozesses ist im Zusammenhang mit einer grundsätzlichen Pathologisierung des weiblichen Körpers und dessen allgemains-physiologischen Prozessen zu sehen. Diese lassen sich über Jahrhunderte zurückverfolgen. Belege für eine Betrachtungsweise von Frauen als „Normabweichung vom Mann“ finden sich epochenübergreifend in unterschiedlichen Variationen. Die ärztliche Professionalisierung der Bereiche Gynäkologie und Geburtsmedizin basiert stark auf dieser Form der Medikalisierung. Die Pathologisierung von Frauen erzeugte eine Behandlungsbedürftigkeit durch eine speziell ausgebildete Berufsgruppe. Das „zeitgemäße“ Konstruieren von (scheinbar wissenschaftlich begründeten) Theorien zur Pathologie von Weiblichkeit durch eine ärztliche, männerdominierte Profession legitimierte und sicherte deren medizinische Vormachtstellung über die Jahrhunderte bis in die aktuelle Neuzeit.

Das antike Griechenland gilt als bedeutsamer kultureller Ursprung Europas (Tielker, 2003). Von dem dort auch ausgehenden medizinprägenden Einfluss zeugen noch

zahlreiche griechische Wortstämme in medizinischen Bezeichnungen (z.B. Hysterektomie). Genauso lassen sich zahlreiche Beispiele für pathologische Theorien von Weiblichkeit aus dieser kulturhistorischen Ära finden. Hippokrates (460-377 v. Chr.) nannte die Gebärmutter „hystera“, Hysterie war nach damaliger Auffassung ein Seelenzustand, der ausschließlich Frauen betraf und auf das Organ Gebärmutter zurückgeführt wurde. Mitte des 4. Jahrhunderts vor Christus beschrieb Plato (427-348 v. Chr.) eine Hysterie-Theorie, nach der das Frau-Sein eine Strafe der Götter sei. Aristoteles (384-322 v. Chr.) sah in der Gebärmutter nur ein Gefäß für den männlichen Samen. Seiner Meinung nach trug das Spermium alleine das winzige Kind in sich, juristisch galt die Mutter mit ihrem Kind nicht als blutsverwandt. Ähnlichkeit zwischen Mutter und Kind wurde dadurch erklärt, dass die Schwangere zu viel Zeit vor dem Spiegel verbracht habe. Hysterische Einbildungsleiden wurden auf „unpassende“ Bilder zurückgeführt, die in den Uterus gerieten (Ries, 1994).

Ebenso zeugen viele Belege davon, dass im Christentum, das im weiteren Verlauf Europa stark prägte, Normalität und Gesundheit sich am männlichen Standard orientieren: *„Wenn ein Weib ihres Leibes Blutfluß hat, die soll sieben Tage beiseite getan werden; wer sie anrührt, der wird unrein sein bis auf den Abend. Und alles, worauf sie liegt, so lange sie ihre Zeit hat, wird unrein sein, und worauf sie sitzt, wird unrein sein“* (3. Buch Mose 15.19-20). An dieser Stelle im Alten Testament offenbart sich am Beispiel der Menstruation die christlich-traditionelle Anschauung von Weiblichkeit als (bedrohlicher) „Abnormität“. Bis ins 20. Jahrhundert hinein fanden derartige Anschauungen – nicht zuletzt gestützt durch ärztliche Zuschreibungen – ihren gesellschaftlichen Niederschlag. Paracelsus propagierte 1566: *„Es gibt kein Gift in der Welt, das schädlicher ist als das menstruum [Menstruationsblut, Anm. d. Verf.]“* (zit. n. Hering & Maierhof, 2002, S.20). Die „Unreinheit“ der Frau und die „Giftigkeit“ des Menstrualblutes wurden als „Argumente“ für den Ausschluss von (menstruierenden) Frauen an gesellschaftlicher Teilhabe benutzt, beispielsweise wurde ihnen der Zutritt in Kirchen verwehrt (Hering & Maierhof, 2002; Seidel, 1998).

Schon frühzeitig bedienten sich klerikale Strukturen einer Strategie, das ihnen zugrundeliegende patriarchale Weltbild durch akademisch legitimierte Medikalisierung zu festigen. Ohne den mächtigen Einfluss der Kirche ist der massive Wandel in der Frauen-Heilkunde in Europa nach der ersten Jahrtausendwende nicht erklärbar. Zentrales Vorgehen bildete hierbei eine Jahrhunderte anhaltende Ermordung von Frauen mit heilkundlichem Wissen. Bis ins Mittelalter waren weibliche Heilkundige insbesondere für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zuständig. Ab dem 12. Jahrhundert fand eine zunehmende Verdrängung der „weisen Frauen“ und „Wehenmütter“ aus der Heilkunde statt. Noch zwischen dem 8. und 11. Jahrhundert wurden in Salerno und Montpellier an Medizinschulen auch Frauen ausgebildet. Seit dem 14. Jahrhundert war

Frauen das Medizinstudium an den von Kirchen gegründeten und dominierten Universitäten verboten. Die Kirche trieb die Verfolgung von Frauen mit medizinischem Wissen voran. Zur Durchsetzung klerikalpatriarchaler Verfügungsgewalt über Frauen sollte vor allem weibliches Wissen um Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch eliminiert werden. Der Hexenhammer von 1484 postulierte, dass Frauen, die sich der Heilkunst anmaßen, ohne studiert zu haben, sterben mussten. Zwischen 1450 und 1750 fielen in Zentraleuropa über eine Million Menschen der so genannten Hexenverfolgung zum Opfer. 1775 wurde in Deutschland die letzte „Hexe“ geköpft (Schmerl, 2002).

Gelehrte Ärzte hatten mit ihrer rein theoretischen, universitären Ausbildung zunächst Frauen bei speziell gynäkologischen Fragestellungen keine Heilmittel anzubieten. Im 19. Jahrhundert formierte sich die Medizin verstärkt als Profession und setzte ihren Anspruch auf die alleinige Behandlung von Kranken durch. Die Trennung zwischen Chirurgie, die am Anfang des 18. Jahrhunderts noch als zweitrangiges Heilgebiet aufgefasst wurde, und akademischer Innerer Medizin wurde aufgehoben. Das soziale Ansehen des Chirurgenstandes wurde durch die Trennung von der Gilde der Barbieri dem restlichen Ärztestand angeglichen (Eckart, 2001).

Für die Etablierung der operativen Medizin stellte die intensive Erforschung des weiblichen Körpers durch die praktische Tätigkeit der Ärzte auf dem Gebiet der Gynäkologie eine maßgebliche Voraussetzung dar. Zunächst wurde die 1753 in Frankreich „erfundene“ vaginale Untersuchung, die so genannte bimanuelle Palpation, zunehmend eingesetzt (Lichtenthaeler, 1987). Am Ende des 18. Jahrhunderts begann dann die Ära der gynäkologischen Chirurgie. Es folgte ein Jahrhundert in dem vielfältige Variationen von Operationstechniken an der Gebärmutter (aus)geübt wurden. Das immense Ausmaß chirurgischer Eingriffe am weiblichen Becken diente zur Erlangung praktisch-operativer Fähigkeiten, die bis dato in der Ausbildung nicht erworben werden konnten. Gynäkologische Operationen spielten eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der Chirurgie von handwerklicher Wundheilkunde hin zur wissenschaftlich begründeten Chirurgie. Die operative Entfernung der Eierstöcke wurde hierbei zum zentralen Eingriff; der englische Chirurg Wells (1818-1897) kann als die vorantreibende Kraft dieser Operation in Europa bezeichnet werden (Tröhler, 1999). Um diese Eingriffe zu legitimieren, wurde Mitte des 19. Jahrhunderts das hippokratische Hysterie-Konstrukt erneut aufgegriffen und als Indikation für eine operative Gebärmutterverlagerung benutzt. Ende des 19. Jahrhunderts erfolgte die „Erweiterung invasiver Hysterie-Therapie“ mit der Kastration durch Entfernung von (gesunden) Ovarien. Die Leitsymptome der Hysterie wurden als „*gleichgültig gegen fremdes Leid*“ oder „*Tyrannisierung der Umgebung in nicht selten unglaublichster Weise*“ beschrieben (Fischer-Homberger, 1979, S. 42). Erst in den 1980er Jahren wurde das Bild der Hysterie, einer klassischen Diagnose für Frauen, als wissenschaftlich unhaltbare Mischung aus



männlichen Sexualfantasien, Missbrauch ärztlicher Macht und den Folgen tatsächlicher psychosozialer Überforderungen von Frauen entlarvt (Schmerl, 2002). *„Kultur- und geschlechtergeschichtlich betrachtet, haben sich soziokulturelle Faktoren für die Häufigkeit einzelner Operationen an Frauen als mindestens ebenso ausschlaggebend erwiesen wie medizinisch-wissenschaftliche ‚Fakten‘“* Tröhler (1999, S.199).

Die immense Zunahme an operativen Eingriffen im weiblichen kleinen Becken im 19. Jahrhundert wurde zudem mit der Einführung operationstechnischer Neuerungen legitimiert (Ludwig, 2005). Zum einen gilt der Einsatz von Chloroform als Narkosemittel 1847 als Meilenstein in der Medizingeschichte (Kaufmann et al., 1998), zum anderen veränderte 1867 die Anwendung von Phenol zur Desinfektion des Operationsgebietes durch Lister (1827-1912) sowie 1890 die Etablierung der Beckenhochlagerung<sup>56</sup> der Patientin zur Operation durch Trendelenburg (1844-1924) die Chirurgie des kleinen Beckens radikal. Die Weiterentwicklung von Operationstechniken und die Einführung der Desinfektion hatten im Verlauf sinkende Mortalitätsraten zur Folge, so lag um 1900 die Sterblichkeitsrate bei Hysterektomie „nur noch“ bei 5% (Ries, 1994). Anlässlich des 100jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 1986 räumte Zander gleichwohl ein: *„Manche Irrwege gab es in der gynäkologischen Chirurgie, so zum Beispiel das etwa 100jährige operative Bemühen um die Retroflexio uteri“*<sup>57</sup> (Zander, 1986, S. 43).

Anfang des 20. Jahrhunderts begann die Entwicklung der gynäkologischen Endokrinologie als wissenschaftliches Fachgebiet. 1899 hatten Halban (1870-1937) und Rubinstein (1871-1955) die Hormonproduktion der Eierstöcke postuliert. Die Isolierung von Östron gelang 1929, die von Progesteron 1934 (Zander, 1986). Mit Erforschung und industrieller Synthetisierung weiblicher Geschlechtshormone erschlossen sich neue Optionen für diagnostische und therapeutische Verfahren. Endokrine Syndrome wurden vorwiegend dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben und mit Psychopathologien assoziiert (Lauritzen, 1986). Die Erkenntnisse der gynäkologischen Endokrinologie boten neue Ansätze Medikalisierung von physiologisch-weiblichen Prozessen voranzutreiben (Wilson, 1966) und werden in den aktuellen, kritischen Auseinandersetzungen um das so genannte „Prämenstruelle Syndrom“ oder die so genannte "Hormon Replacement Therapy (HRT)" deutlich (Höfling-Engels, 2010; Schach, 2008).

---

<sup>56</sup> Durch Beckenhochlagerung konnte der Darm besser vom Operationsgebiet ferngehalten werden.

<sup>57</sup> Als Retroflexio uteri wird die Abknickung des Gebärmutterkörpers gegen den Gebärmutterhalskanal nach hinten bezeichnet. Bei der Mehrheit der Frauen ist eine Abknickung nach vorne festzustellen, heutzutage wird die Retroflexio uteri (mobilis) als „Normvariante“ ohne pathologischen Wert angesehen (Strauss & Schmidt, 1990).

Mit der zweiten Frauenbewegung und den zu Beginn der 1970er Jahre stattfindenden Demonstrationen für das Recht auf Schwangerschaftsabbruch nahm in der Bundesrepublik Deutschland auch die Frauengesundheitsbewegung ihren Anfang. Nach Gleichberechtigung auf der politischen Handlungsebene und im Bildungssektor forderten nun Frauen (nach US-amerikanischem Vorbild der „Women's Liberation Movement“) explizit das Selbstbestimmungsrecht über ihren Körper. In der Folgezeit der 1980er Jahre entstanden mehr als 20 Frauengesundheitszentren in der Bundesrepublik. Auseinandersetzung und Abgrenzung zur Schulmedizin standen bei den Frauengesundheitszentren im Vordergrund. Der diskriminierende Umgang mit Frauen in Medizin und Forschung im Sinne von Unter- oder Überbehandlung in einem von Männern dominierten Medizinsystem wurde erstmals öffentlich diskutiert. Im Verlauf bildeten sich in den Frauengesundheitszentren unterschiedliche Profile und Schwerpunkte aus, einige Zentren sahen sich sowohl als Ergänzung zum Gesundheitssystem als auch als kritisches Gegengewicht (Stolzenberg, 2000). Stolzenberg sieht allerdings Frauengesundheitszentren *„immer noch in einer Nische zwischen politischer Alibifunktion und Ignoranz“* und *„mit geringer politischer Durchsetzungskraft“* (Stolzenberg, 2000, S.225). Welche Bedrohung dennoch die Frauengesundheitsbewegung für die traditionell-patriarchalen Strukturen des Gesundheitssystems am Ende des 20. Jahrhunderts darstellte, lässt sich an Reaktionen auf die Frauengesundheitszentren seitens der deutschen Ärzteschaft ablesen. Diese sah ihre Monopolstellung bezüglich der Definitionsmacht über die weibliche Physis und Psyche und den daraus abgeleiteten Behandlungsansprüchen in Gefahr. Versuche, die feministische Debatte um Körperpolitik zu kriminalisieren, zeigten sich in polizeilichen Durchsuchungen von Frauengesundheitszentren und Terrorismusverdachtsäußerungen in medizinischen Fachzeitschriften gegen die gesamte feministische Frauengesundheitsbewegung (Stolzenberg, 2000).

Lange Zeit war es der männlichen Ärzteschaft in Allianz mit Kirche und Staat gelungen, Frauen aus medizinischer Ausbildung sowie ärztlicher Tätigkeit zu verdrängen. Die männliche Ärzteschaft sah mit der Zulassung von Frauen zum Medizinstudium ihre Standesinteressen und ihr Machtmonopol im Gesundheitssystem gefährdet. Unwissenschaftlicher Biologismus – im Rahmen schon lange „bewährter“ Medikalisierung von weiblicher Anatomie und Physiologie – bildete die argumentative Basis, Frauen den Zugang zu Universitäten zu verwehren. So wurde hierbei mit dem geringeren weiblichen Gehirngewicht und einem negativen Einfluss ärztlicher Tätigkeit auf weibliche Fortpflanzungsvorgänge argumentiert (Brinkschulte, 2006; Wilmanns, 1995). Dennoch hatten sich einzelne Frauen im 19. Jahrhundert die Zulassung zum Medizinstudium erkämpft, in den 1830er Jahren begannen Frauen in den USA an Universitäten Medizin zu studieren, seit den 1860er Jahren war dies auch in Frankreich, England und der Schweiz möglich. In den 1870er Jahren folgten dann Schweden, Italien, Dänemark, Spanien und Holland. Im Deutschen Reich wurde 1889 erstmals

einer Frau das Recht auf einen Medizinstudienplatz zugestanden. Die Möglichkeit zur Habilitation blieb Frauen noch einige Jahre versagt. Die Anatomin Adele Hartmann (1881-1937) habilitierte 1918 als erste Frau in Deutschland. Ein knappes Jahr später wurde in der Weimarer Verfassung das Gesetz für die Gleichberechtigung von Frau und Mann verankert. Ein generelles Habilitationsrecht für Frauen wurde allerdings erst 1920 erlassen (Wilmanns, 1995; Grossmann, 1989). Während der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland wurde Frauen erneut Ausübung ärztlicher Tätigkeit erschwert. 1933 erfolgte die Gleichschaltung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, jüdische Mitglieder wurden ausgeschlossen und verheirateten Ärztinnen wurde die Kassenzulassung verweigert oder entzogen, wenn sie von ihrem Ehemann finanziell unterhalten werden konnten<sup>58</sup>. (Grossmann, 1989). Brinkschulte stellt fest: *„In keinem anderen Land wurde die Medizin so lange wie in Deutschland gegen das Eindringen weiblicher Elemente’ verteidigt.“* (Brinkschulte, 2006, S.15). Stamer (2010) weist auf die inhaltliche Verknüpfung von gleichberechtigter beruflicher Partizipation und geschlechtergerechter Behandlung von Frauen als Nutzerinnen gesundheits-spezifischer Dienstleistungen hin. Es wird deutlich, dass das Instrument Medikalisierung auf inhaltlicher und struktureller Ebene Wirksamkeit gezeigt hat und zeigt (vgl. Kapitel 3.3.1).

Zwar ist Frauenheilkunde mittlerweile in Deutschland ein Fachgebiet, das einen Anteil von über 50% Ärztinnen aufweist, in leitenden Funktionen ist jedoch noch immer ein deutliches Geschlechtergefälle zu verzeichnen (Kuhlmann & Larsen, 2009; Bundesärztekammer, 2008). 1999 ging die erste C4-Professur für Gynäkologie einer deutschen Universität an eine Frau. *„(...) und das auch nur nach erbittertem professoralen Gerangel hinter den Kulissen und dem entscheidenden Druck von außerhalb der betreffenden Universität.“* (Schmerl, 2002, S.37). An Universitäten nimmt die Professionalisierung des ärztlichen Standes im Sinne einer immer stärkeren Verwissenschaftlichung ihren Ausgang, gleichfalls wird dort auch die Kultur eines Faches maßgeblich geprägt (Dettmer et al., 1999). In den Anfängen des 21. Jahrhunderts sind hieran immer noch kaum Frauen beteiligt. Dies macht deutlich, dass strukturelle Prägungen der frauenärztlichen Profession durch einen traditionell stark verwurzelten Androzentrismus sich bis heute noch auswirken. Die Wechselwirkung zwischen struktureller Aufstellung einer Profession und deren inhaltlicher Ausrichtung ist über die

---

<sup>58</sup> Frauenärzte wurden zudem aufgefordert, die eugenischen und bevölkerungspolitischen Bestrebungen des nationalsozialistischen Regimes zu unterstützen. Dies bedeutete die operative Zwangssterilisation für tausende von nicht-arischen Frauen, physisch oder psychisch kranken Frauen oder als solche deklarierte Frauen, die aus sonstigen Gründen nicht der nationalsozialistischen Weltanschauung entsprachen. Nicht wenige Frauen dienten Ärzten als Versuchssubjekte und verstarben an den Folgen operativer Eingriffe. Inhaftierte Frauen Konzentrationslagern lieferten Gynäkologen ein großes „Massexperiment“ hinsichtlich weiterer Erkenntnisse der generativen weiblichen Funktionen im Zusammenhang mit den Faktoren Stress und Angst (Simmer, 1986; Prill, 1986).

Jahrhunderte hinweg belegbar. Aktuell ist beispielsweise anhand der Hormontherapie in den Wechseljahren zu ersehen, dass Medikalisierung weiterhin von (Teilen) der frauenärztlichen Profession genutzt wird, um physiologische Prozesse als behandlungsbedürftige Zustände zu definieren (Bewley & Cockburn, 2002). Noch deutlicher wird die Verknüpfung von ärztlicher Professionalisierung und Medikalisierung bei der historischen Betrachtung des Wandels von der Geburtshilfe zur Geburtsmedizin.

### 3.1.2 Von der Geburtshilfe zur Geburtsmedizin

Die ärztliche Professionalisierungsstrategie war in der Geburtsmedizin sehr erfolgreich, denn *„trotz des jahrhundertelangen Erfahrungsvorsprungs der Hebammen ist es der Ärzteschaft gelungen, sich als die für Geburten zuständige Berufsgruppe zu definieren“* (Kolip, 2000, S.16). Trotz der hippokratischen Hysterie-Theorie hatten Hebammen im antiken Griechenland und Rom ein Tätigkeitsfeld, das sich weit über die Geburtshilfe erstreckte. Sie durften Aborte einleiten, Frauen- und Kinderkrankheiten behandeln und erschienen vor Gericht als Sachverständige (Fasbender, 1906). Bis ins späte 18. Jahrhundert ist die Geschichte der Geburtshilfe fast ausschließlich die Geschichte der Hebammen. Die Geburt war (r)eine „Frauensache“, auf dem Land bildete sich eine praktische geburtshelferische Gemeinschaft aus verheirateten Frauen. Eine zentrale Position innerhalb dieser Gemeinschaft nahm die Hebamme ein. Frauen mussten drei Voraussetzungen erfüllen, um zur Hebamme ernannt zu werden: Erstens mussten sie selber geboren haben, zweitens signalisierte ein fortgeschrittenes Alter besondere Lebenserfahrung und persönliche Reife und drittens musste eine Hebamme verheiratet oder verwitwet sein (Seidel, 1998). Als einzige Berufsgruppe betrieben Hebammen Geburtshilfe professionell und auf der Basis eines Jahrhunderte lang überlieferten Erfahrungswissens (Kolip, 2000). Dieses Traditionswissen wurde mündlich von Hebamme zu Hebamme weitergegeben. Meist hatte eine ältere Hebamme eine Assistentin, die mit ihr arbeitete, Wissen wurde in der Praxis gewonnen und in dieser vermittelt. Wenn eine ältere Hebamme ihr Amt aufgab oder starb, übernahm ihre Assistentin die Aufgabe (Seidel, 1998).

Der gesellschaftspolitische Einfluss des Hebammenwesens zeigte sich auch durch das frühe Verfassen von Lehrbüchern durch Hebammen. Dies ist bemerkenswert, da es zu dieser Zeit nicht üblich war, dass Frauen des Lesens sowie Schreibens mächtig waren und zudem noch Bücher publizierten (Hakemeyer & Keding, 1986). Louise Bourgeois (1564-1644) nannte ihr Lehrbuch „Unterweisung meiner Tochter“<sup>59</sup>. Justine Siegemundin (1636-1705) stellte in ihrem 1690 erschienen Lehrbuch anhand zahl-

---

<sup>59</sup> Häufig gaben Hebammen ihr Amt an ihre Töchter weiter.

reicher Abbildungen das Vorgehen mit einer Schlinge bei pathologischen Geburten dar. 1735 veröffentlichte die Augsburger Hebamme Barbara Widenmannin (1695-?) ein Lehrbuch, das auch Anweisungen für schwere Geburtsverläufe enthielt und operative Eingriffe mit Haken beschreibt (Lehmann, 2006).

Von besonderer Bedeutung war die große bevölkerungspolitische Funktion, die Hebammen aufgrund geburtshilflicher Erfahrung und Wissens ausübten. Ihre volksmedizinischen Kenntnisse über verhütende und abtreibende Mittel ermöglichten Frauen, über die Anzahl ihrer Kinder selbst zu entscheiden. Feudaler und weltlicher Adel sahen dadurch ihre Machtinteressen gefährdet, da potentieller Zuwachs an leibeigenen Arbeitskräften für sie größeren finanziellen Gewinn bedeutete (Schmerl, 2002).

Zeitlich parallel zum Verbot des Medizinstudiums für Frauen an den von Kirchen gegründeten Universitäten zeigten sich erste Bestrebungen, das Hebammenwesen zu reglementieren. Die frühen Hebammenordnungen des 15. Jahrhunderts betrafen zumeist die sozialen und religiösen Funktionen der Hebammen. Die zentrale Intention hierbei war die Festschreibung einer engen Bindung der Hebammen an die Kirche. In der Lübecker Kirchenordnung von 1531 wurden Hebammen beispielsweise als Kirchendienerinnen bezeichnet, damit waren sie dem Kirchenreglement unterworfen (Seidel, 1998). Fragen aus dem engeren Bereich der Geburtshilfe behandelten diese frühen Hebammenordnungen nur am Rande, um so deutlicher machen sie das Bestreben der Kirche, den Weg zu bereiten für die *„Ausbildung und Durchsetzung eines männlichen Ärztstandes, der dann in erster Linie die Glaubenssätze der Kirche befolgen und vertreten sollte“* (Schmerl, 2002, S.42).

Nach dem Ende des Dreißigjährigen Krieges (1618-1648) wurden mit dem schrittweisen Aufbau eines Medizinalwesens gleichzeitig auch die geburtshilflichen Tätigkeiten der Hebammen einer strengerer Reglementierung unterworfen. In der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts wurden für Hebammen theoretischer Unterricht und Prüfung durch Physikatsärzte oder Landchirurgen obligatorisch. Dies bedeutete eine prinzipielle Unterstellung der Hebammen unter ärztliche Aufsicht. Diese Entwicklung vollzog sich keineswegs widerstandslos. Anders als in Städten zeigten diese Reglementierungen in ländlichen Bereichen zunächst kaum praktische Konsequenzen. Im Gegensatz zu den Städten herrschte hier Hebammenmangel, so weigerten sich Hebammen im Braunschweigischen, sich examinieren zu lassen, mit der Drohung, sonst zurückzutreten (Seidel, 1998). Auch andere Belege zeugen vom – wenn auch nicht erfolgreichen – Widerstand der Hebammen gegen männliche, ärztliche Geburtshelfer. 1760 verfasste beispielsweise die Hebamme Elisabeth Nibell in London die Streitschrift *„Against all male practioners, and particularly Smellie“*<sup>60</sup> (Lehmann, 2006).

---

<sup>60</sup> William Smellie (1657-1763) war Arzt in England und Anhänger der Zangenentbindung.

In der Medizingeschichte wird die Praxis des französischen Hofes, im 17. Jahrhundert männliche, ärztliche Geburtshelfer bei Entbindungen der Hofdamen hinzuzuziehen, als deutliche Zäsur gewertet. Damit kam Frankreich die Vorreiterrolle in der Etablierung einer ärztlich kontrollierten Geburtshilfe zu. Die Chirurgen hatten sich in Frankreich bereits seit dem ausgehenden 16. Jahrhundert intensiv der Geburtshilfe zugewandt und sich die Bezeichnung "accoucheur" (Geburtshelfer, von frz. accoucher = entbinden) zugelegt (Seidel, 1998).

In Deutschland wurde im Jahre 1751 der erste Lehrstuhl für Geburtshilfe durch Roederer (1726-1763) in Göttingen besetzt. Das neue universitäre Fach trat zugleich mit einer ebenfalls neuen Institution, dem Accouchierhaus, an die Öffentlichkeit. Dieses Entbindungshospital diente vorrangig als Forschungsanstalt, in der Medizinstudenten und Ärzte praktisch-geburtshilfliches Wissen sammeln sollten. Deren Zahl lag anfangs deutlich höher als die der aufgenommenen Schwangeren (Hampe, 2001). In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts erfolgte eine Vielzahl von Gründungen solcher Entbindungsanstalten in ganz Europa, so z.B. in Wien, Kassel, Mannheim, Breslau, Paris, London, Rom, Neapel, Florenz, Mailand, Moskau und Petersburg (Lehmann, 2006). Die Mortalitätsraten in Accouchieranstalten waren selbst für damalige Verhältnisse überdurchschnittlich hoch, als Untersuchungsobjekte und Versuchspersonen setzten sich die Frauen – fast ausnahmslos Ledige aus der städtischen Unterschicht – einem hohen Risiko aus, beispielsweise an Puerperalsepsis, zu versterben<sup>61</sup>. *„Der Terminus ‚Gewaltverhältnis‘ beschreibt die Beziehungen zwischen Ärzten und Schwangeren in den Entbindungsanstalten also treffend.“* (Seidel, 1998, S.423).

Anfang des 19. Jahrhunderts gründeten ärztliche Geburtshelfer eigene Fachgesellschaften und Fachzeitschriften, dadurch erhielt das Fachgebiet Geburtshilfe noch vor der Gynäkologie einen wissenschaftlichen Charakter (Schäfer, 2009). Die endgültige Institutionalisierung des medizinischen Faches Geburtshilfe war in Deutschland mit einer Einführung der Geburtshilfe als selbständiges Prüfungsfach innerhalb der medizinischen Staatsprüfung im Jahre 1852 und der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 1885 in Straßburg abgeschlossen. Zunehmend wurde nun auch das Entbinden von verheirateten und wohlhabenden Frauen in entsprechenden Anstalten propagiert (Lehmann, 2006).

Analog zur Entwicklung des Fachgebietes Gynäkologie fällt wiederum auf, dass die Phase der Institutionalisierung der Geburtsmedizin durch einen immensen Nachholbedarf an ärztlicher Praxistätigkeit gekennzeichnet war. Die Anzahl geburtshilflicher Operationen, wie Zangenentbindung oder manuelle Plazentalösung, nahm parallel mit steigender ärztlicher Geburtshelferdichte zu. Nicht selten wurde bei Zangengeburt

---

<sup>61</sup> Erst allmählich führte die Forderung von Semmelweis (1818-1865) nach Asepsis zur Prävention von Kindbettfieber im ärztlichen Stand zu entsprechenden Konsequenzen (Kolip, 2000).

weit über hundertmal mit großer Gewalt am kindlichen Kopf gezogen und Mutter sowie Kind verstarben (Lehmann, 2006; Seidel, 1998).

Finanzielle Interessen dürften die Anzahl von Zangenentbindungen nicht unwesentlich beeinflusst haben. Nach den Medizinaltaxen des 19. Jahrhunderts konnte in Abhängigkeit von der Schwere des Eingriffes für Entbindungen per Zange ein Vielfaches dessen verlangt werden, das Geburten ohne instrumentellen Eingriff erbrachten (Seidel, 1998). Der Aspekt der Zeitökonomie schien gleichfalls eine Rolle zu spielen: *„Um nicht stundenlang am Gebärbett sitzen zu müssen, versuchten manche Ärzte die Entbindung durch Eingriffe abzukürzen.“* (Seidel, 1998, S.347). Ferner wurde über die zunehmende Nachfrage im 19. Jahrhundert nach ärztlich vaginal-operativer Geburtshilfe berichtet, diese wird auf den Wunsch der Kreißenden zurückgeführt, Geburtsschmerzen durch Verwendung der Zange abzukürzen, so dass Seidel zu dem Schluss kommt, dass *„die Operationsfreudigkeit der Geburtshelfer durchaus einem wechselseitigen Interesse entsprang“* (Seidel, 1998, S. 349).

Parallelen zur aktuellen Debatte über paramedizinische Einflussfaktoren auf steigende Kaiserschnittraten sind offensichtlich. Interessant in diesem Zusammenhang sind die Auswertungen der am Ende des 19. Jahrhunderts vermehrt erscheinenden Sammelstatistiken der Entbindungsanstalten. 1893 veröffentlichte von Winckel (1837-1911) eine Auswertung von 100.000 Geburten verschiedener europäischer Einrichtungen. Bei der Analyse von Häufigkeiten von geburtshilflichen Operationen und Sterblichkeitsraten von Mutter und Kind fällt von Winckel auf, dass in Privatpraxen operative Eingriffe deutlich häufiger durchgeführt wurden als in anderen Einrichtungen. Er kritisierte dies als „Luxusoperationen“ und wies auf die – für ihn offenkundigen – finanziellen Beweggründe solcher Interventionen hin (Lehmann, 2006).

Das 20. Jahrhundert zeichnete sich durch eine Vielzahl von medizintechnischen Innovationen aus. Mütterlichen und kindlichen Sterblichkeitsraten während und nach Entbindung sanken deutlich, dies wurde von der Ärzteschaft als Verdienst einer ärztlich geleiteten und interventionsorientierten Geburtsmedizin angesehen und auch so dargestellt. Ursächlich spielten aber mehrere Faktoren eine Rolle, so wird in diesem Kontext auch auf allgemein verbesserte Lebens- und Arbeitsbedingungen, verbesserte Ernährung, Hygienevorschriften, Einführung des Mutterschutzes oder bessere allgemein-medizinische Versorgung verwiesen (Mackenbach, 1996; Savage, 1979).

Nach dem ersten Weltkrieg (1914-1918) kam es in Deutschland regional zu rasanten Zunahmen der Klinikgeburten. Die Etablierung der Klinik als Geburtsort vollzog sich beispielsweise in Bremen sehr frühzeitig, 1927 erfolgten dort schon 65% der Geburten in Entbindungsanstalten (Lehmann, 2006).

Eine Zäsur stellte in Deutschland die Zeit des Nationalsozialismus dar. Ein besonderes Augenmerk der Machthaber lag auf der (so genannten erbgesunden) Fortpflan-

zung. Mutterschaft wurde als die Bestimmung der Frau propagiert, eine hohe Kinderzahl galt als erwünschte Pflichterfüllung (Simmer, 1986). In der nationalsozialistischen Weltanschauung wurde die Hausgeburt als Mittel zur Förderung des Familiengedankens angesehen. Die Klinikgeburt sollte nur bei pathologischen Geburtsverläufen erfolgen und wurde in der Öffentlichkeit negativ dargestellt. 1938 wurde die – noch bis heute gültige – Hinzuziehungspflicht erlassen, welche die Anwesenheit einer Hebamme bei allen Geburten vorschrieb. Im weiteren Verlauf erfolgten etliche Befugniserweiterungen der Hebammentätigkeit. Sicher war hierbei nicht die Stärkung des Berufsstandes der Hebammen das primäre Ziel. Im Hinblick auf den Beginn des Zweiten Weltkrieges war der zu erwartende Bedarf an Krankenhausbetten Grund für diese Entwicklungen in der Geburtshilfe. Dennoch sah die Ärzteschaft durch diese Entwicklung den Status ihrer Profession in der Geburtshilfe bedroht. Obwohl sich die deutsche Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozialismus nicht durch politischen Widerstand gegen das Regime auszeichnete, führte der drohende Verlust an ärztlichem Einfluss in der Geburtshilfe zu punktuellen Auseinandersetzungen mit den Machthabern. Umso bemerkenswerter ist hier ein Teilerfolg der Ärzteschaft für die Sicherung ihrer Professionsstellung. 1941 hielt der Reichsgesundheitsführer Conti schriftlich fest, dass die geburtshilflichen Fortschritte in erster Linie den Geburtskliniken zu verdanken seien und Schwangere den Entbindungsort frei wählen könnten (Zander & Goetz, 1986). Hier wird erkennbar, wie unverzichtbar die Strategiekette „Medikalisierung – Pathologisierung – Hospitalisierung“ zur Sicherung der ärztlichen Professionsmacht im geburtshilflichen Bereich war und dass zu deren Durchsetzung sogar Konfliktbereitschaft der Ärzteschaft gegenüber dem nationalsozialistischen Führungsregime gegeben war.

Nach dem zweiten Weltkrieg (1939-1945) setzte sich die Entwicklung zur klinischen Entbindung weiter fort. 1954 überstieg die Zahl der Klinikgeburten in Westdeutschland erstmals die Zahl der Hausgeburten, seit 1968 übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für eine Entbindung im Krankenhaus selbst dann, wenn keine Risikoindikation vorliegt (Kolip, 2000). Die Hospitalisierung der Geburt war somit in Deutschland vollzogen.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden Kardiotokographie (CTG) und fetale Blutuntersuchung<sup>62</sup> (MBU) zunehmend als gängige Überwachungsmethoden des kindlichen Zustandes im Kreißsaal angewandt und kennzeichnen eine Entwicklung, erfolgreiche Geburtsmedizin am „fetal-outcome“ zu messen. Angesichts der mittlerweile bekannt hohen falsch-positiven Rate der kontinuierlichen Kardiotokographie (Doumouchsis & Arulkumaran, 2009) kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass nach der Medikalisierung der Gebärenden nun die Pathologisierung des Kindes in

---

<sup>62</sup> Blutgasanalyse des Kindes unter der Geburt zur Diagnostik einer möglichen Sauerstoffunterversorgung



utero in den ärztlichen Fokus rückte (Weiß, 2007; Haverkamp et al., 1976; Tuter & Newman, 1975).

Gleichwohl erfolgte der Ausbau weiterer Medikalisierungsstrategien mit Blick auf Frauen, zum Beispiel in der Schwangerenvorsorge. Das Konzept mit zehn oder mehr Vorsorgeuntersuchungen für alle Schwangeren hat sich in den letzten 30 Jahren in den so genannten entwickelten Ländern etabliert. In den nach den Mutterschaftsrichtlinien gestalteten Mutterpässen in Deutschland führt eine Vielzahl ankreuzbarer, ungewichteter möglicher Risikofaktoren dazu, dass mittlerweile die Mehrzahl der Frauen zu Risikoschwangeren deklariert wird und damit ein zunehmender Trend zur Pathologisierung zu beobachten ist (Baumgärtner & von Rahden, 2010; Schücking, 2002).

In der jüngeren Vergangenheit lassen sich weitere Belege finden, wie eng verknüpft die Prozesse von ärztlicher Professionalisierung und Medikalisierung sind. Dettmer et al. (1999) weisen darauf hin, dass Ausdifferenzierung von ExpertInnenrollen und Spezialisierung ein Hauptkennzeichen eines Professionalisierungsprozesses sind. In keiner anderen Berufsgruppe findet sich ein solches Ausmaß an Spezialisierungsmöglichkeiten wie in der Ärzteschaft. 1924 waren 14 Gebietsbezeichnungen für FachärztInnen zu verzeichnen, 1992 belief sich die Anzahl der Gebietsbezeichnungen in Deutschland auf 81 (Dettmer et al., 1999). Überspezialisierung ebnet auch den Weg zur weiteren Medikalisierung, so müssen zwangsläufig für die einzelnen Fachgebiete PatientInnen „definiert und eingeworben“ werden. In der Geburtsmedizin zeigt sich diese Spezialisierung beispielsweise dadurch, dass sich in den letzten 30 Jahren der Bereich der so genannten Reproduktionsmedizin zu einem eigenen Fachgebiet entwickelt hat. Unerwünschte Kinderlosigkeit wurde als Pathologie definiert und deren ärztliche Behandlung fand rasant Verbreitung. Das erste Retortenbaby kam 1978 in England zur Welt, ihren zehnten Geburtstag feierte Louise Brown schon medienwirksam mit sechshundert weiteren im Reagenzglas gezeugten Kindern. Mittlerweile sind Frauen mit ärztlich-assistierten IVF- und ICSI-Schwangerschaften in jedem Krankenhaus zu finden (Bock von Wülfigen, 2010).

Kritik an Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt führte über die Frauengesundheitsbewegung ab Mitte der 1970er Jahre zu einer eigenständigen Bewegung. Die in den 1980er Jahren von ärztlicher Seite aus propagierte planbare „Programmierte Geburt“ durch medikamentöse Geburtseinleitung stand zunehmend in der Kritik, da hierdurch mehr pathologische Geburtsverläufe provoziert wurden (Lehmann, 2006; Yeast et al., 1999). Die Eröffnung des ersten deutschen Geburtshauses erfolgte 1987 in Berlin. Die meisten der mittlerweile circa 100 in Deutschland bestehenden Geburtshäuser werden von Hebammen geleitet, deren Prinzip es ist, als Expertinnen möglichst wenig in physiologische Prozesse einzugreifen und die Hauptrolle der Gebärenden zu überlassen: *„Zentrales Ziel ist die Stärkung des Selbstbestimmungs-*

*rechts der Frauen – Geburtshäuser sind also auch als frauenpolitischer Beitrag zu verstehen“ (Alscher, 2004, S.18).*

Die in Deutschland in den 1980er Jahren beginnende Etablierung einer außerklinischen Geburtshilfe – durch zunehmende Hausgeburten und Planung von (weiteren) Geburtshäusern – wurde von ärztlicher Seite heftig bekämpft. So schrieben Zander und Goetz 1986 zur Feier des 100jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: *„Auseinandersetzungen um den Nutzen und Nachteil der Hausgeburt und der klinischen Entbindung sind nicht neu. Schon vor fast einem halben Jahrhundert versuchte ein totalitärer Staat auf der Grundlage seiner Ideologie den Trend zur Entbindung in der Klinik aufzuhalten und anstatt dessen die Entbindung im häuslichen Milieu mit allen Mitteln zu propagieren.“* (Zander & Goetz, 1986, S.143). Damit rückten die Autoren ganz bewusst die Frauengesundheitsbewegung mit ihren Bestrebungen zur Förderung der außerklinischen Geburtshilfe in die Nähe von nationalsozialistischem Gedankengut. Der Vorwurf, das Leben des Kindes zu gefährden, konnte jedoch durch wissenschaftlich fundierte Evaluation der Arbeit der Geburtshäuser und Veröffentlichung der guten Studienergebnisse entkräftet werden (Loytved, 2010; Alscher, 2004). 1991 scheiterte der Vorstoß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hausgeburten gänzlich zu verbieten (Kolip, 2000). Hier lag – wie 50 Jahre zuvor – der vehementen Verteidigung der Hospitalisierung des Gebärens die Absicherung der vorherrschenden ärztlichen Position in der Geburtsmedizin zugrunde.

Interessanterweise fiel der Versuch, Hausgeburten zu verbieten, auch in eine Zeit, in der sich Geburtskliniken in Deutschland zunehmend dem marktwirtschaftlichen Wettbewerb im Krankenhaussektor stellen mussten. Die Wirtschaftlichkeit einzelner Geburtskliniken wird von ihrer jährlichen Geburtenzahl (mit-)bestimmt und die seit Jahren sinkende Geburtenrate in Deutschland verstärkte den Konkurrenzkampf um Marktanteile bzw. schwangere „Kundinnen“. So fand sich in den 1990er Jahren kaum eine Geburtsklinik, die nicht den Kreißsaal umbauen ließ: Familienkreißbett, Gebärwanne, Gebärhocker, Roma-Rad und Entbindungsseil zogen nicht selten unter einen künstlichen Sternenhimmel ein, um bei der nächsten Kreißsaalführung demonstrieren zu können, dass dem Bedürfnis nach einer ganzheitlichen und familienorientierten Geburtshilfe nachgekommen werden kann. Eine im Zuge der Frauengesundheitsbewegung und der Diskussionen um Geburtshäuser sowie Hausgeburten veränderte Erwartungshaltung der werdenden Eltern – im Sinne einer so genannten „natürlichen Geburt“ ohne ärztlich-medizinische Interventionen – konnte von den geburtsklinischen Wirtschaftsunternehmen nicht mehr ignoriert werden (vgl. Kapitel 3.2.2).

In den 1990er Jahren kam in Deutschland zudem ein Prozess in Gang, der die bis dato akademisch legitimierte Hierarchisierung unter den geburtshilflichen Professionen aufzuheben droht. Der Bund Deutscher Hebammen forderte die Ausbildungs-

reform mit einer Akademisierung auf Bachelorniveau nach anglo-amerikanischem Vorbild (Barre, 2000). Forschung über die Kompetenzbereiche des Berufsstandes der Hebammen und deren praktische und theoretische Vermittlung in einer selbstständigen, wissenschaftsfundierten und interdisziplinären Ausbildung sollen so zur weiteren Professionalisierung von Hebammen und zur Verbesserung geburts-hilflicher Versorgung beitragen (Sayn-Wittgenstein, 2007). Seit 2008 hat die Akade-misierung des Hebammenwesens mit einem entsprechenden Studiengang auch in Deutschland begonnen.

Festzuhalten bleibt, dass (auch) in Deutschland in den 1990er Jahren die weitere Durchsetzung der Professions-Monopolstellung in der Geburtsmedizin die Ärzteschaft – auf mehreren Ebenen zugleich – unter Handlungsdruck setzte. Schneider betrachtet in diesem Zusammenhang den „Wunschkaiserschnitt“ – nach der (gescheiterten Medi-kalisierungsphase der) „Programmierten Geburt“ – als eine weitere Strategie die vollständig geplante und ärztlich kontrollierte Entbindung durchzusetzen: *„Bei böswilliger Interpretation könnte man hinter der immer stärker werdenden Befürwortung der Wunschsectio den Versuch gewisser Vertreter der Ärzteschaft vermuten, ihre Position in der Auseinandersetzung mit den Hebammen um die Rollenverteilung bei der Geburt zu stärken“* (Schneider, 2002, S.10).

### 3.1.3 Der Kaiserschnitt als Indikator und Promotor von Medikalisierung

Schäfer bezeichnet die Kaiserschnittoperation zugleich *„als Indikator wie auch als Promotor einer Medikalisierung der Geburt(shilfe)“* (Schäfer, 2009, S.2).

Die Schnittentbindung besaß in der geburtshilflichen Versorgung bis 1900 kaum quan-titative Bedeutung. Dennoch verdeutlicht die Betrachtung dieser operativen Interven-tion im historischen Kontext die Verknüpfung patriarchaler Machtinteressen in Allianz zwischen Kirche, Staat und ärztlicher Professionalisierung. Schäfer bezeichnet dies als *„multidimensionale Geschichte des Kaiserschnitts“* (Schäfer, 2009, S.2) und wählt für deren Darstellung eine Einteilung in drei Zeitabschnitte:

- Die Frühgeschichte bis 1580 mit Kaiserschnittoperationen an versterbenden oder toten Schwangeren.
- Die Zwischengeschichte bis 1880 mit Schnittentbindungen an lebenden Frauen als ultima ratio.
- Die Moderne mit Erweiterung der medizinischen Indikationen für eine Sectio.

Dieses Kapitel orientiert sich an der chronologischen Kategorisierung von Schäfer (2009) und ergänzt diese um die Ära der Postmoderne(n Geburtsmedizin) ab 1990.

### Die Frühgeschichte

Schilderungen von Kaiserschnittoperationen finden sich in verschiedensten Kulturkreisen. In Sagen und Mythologien werden einige Götter und Helden durch Kaiserschnitt entbunden<sup>63</sup>. Sowohl Asklepios, der Heilgott, als auch Dionysos sollen durch die geöffnete Bauchdecke ihrer Mütter das Licht der Welt erblickt haben (Martius, 1986). Buddha und Julius Caesar wird ebenfalls zugeschrieben, auf diese Art zur Welt gekommen zu sein. Die Entbindung von letzterem soll zu dem Namen des Eingriffes geführt haben. Es ist allerdings sicher, dass damals keine Frau diesen Eingriff überlebt hat, doch der Tod von Caesars Mutter wird erst zehn Jahre nach seiner Ermordung dokumentiert (Lehmann, 2006).

Heute werden mehrere Möglichkeiten der Begriffsherkunft diskutiert: So kann aus den lateinischen Verben „caedere“ und „secare“ (dt. schneiden) eine Ableitung gefolgert werden. Ebenso wird das Gesetz „lex caesarea“ des römischen Königs Pompilius (715-673 v. Chr.) angeführt, welches das Herausschneiden des Kindes aus dem Bauch einer toten oder sterbenden Schwangeren forderte. Wahrscheinlich lag hierfür die Beobachtung zugrunde, dass bei der Schlachtung trächtiger Muttertiere noch lebende Jungtiere im Bauch vorzufinden waren (Lehmann, 2006; De Jong & Kemmler, 2003). Litschgi (2001) schreibt dem Wort „Caesar“ die Übersetzungen „Kaiser“ und „Schnittling“ zu. Der Chirurg Heister (1683-1758) bezeichnete diese Operation als „Kayserlichen Schnitt“, da dieser geburtshilfliche Eingriff für ihn „*die Königin ihres Faches*“ war (Lehmann, 2006, S.4). Anhand solch sprachlicher Ausgestaltung und Begründung für diese operative Intervention lässt sich schon deren Bedeutung für die Ausführenden ablesen.

Das politische Interesse von Kirche und Staat richtete sich im Mittelalter zunehmend auf Bevölkerungswachstum. Zwar erfolgten Reglementierungen im Hebammenwesen zur Schwächung des Wissens um Geburtenkontrolle, zugleich wurde aber beispielsweise in der Württembergischen Hebammenordnung von 1480 festgeschrieben, dass Hebammen an verstorbenen Schwangeren Kaiserschnittentbindungen vornehmen durften. Die mit der kirchlichen Lehre propagierte Seelenrettung des Kindes durch die Taufe diente als Begründung, den Kaiserschnitt an sterbenden oder toten Schwangeren durchzusetzen. Bis in das 19. Jahrhundert wurde jedoch nur in Einzelfällen von überlebenden Kindern berichtet (Lehmann, 2006).

Der Überlieferung nach erfolgte im Jahr 1500 in der Schweiz der erste erfolgreiche Kaiserschnitt an einer Lebenden durch den Schweinekastrierer Jacob Nufer an seiner Frau. Sie soll diese Prozedur überlebt und im nächsten Jahr noch Zwillinge auf vagi-

---

<sup>63</sup> Vermutlich trug die Vorstellung von „*ritueller Reinheit*“ einer Schnittentbindung, d.h. nicht zwischen Urin und Kot geboren werden zu müssen, zur Verbreitung dieser Überlieferungen bei (Schäfer, 2009, S.5). Zugleich werden dadurch Rückschlüsse auf das hierbei zugrundeliegende Frauenbild offenbar.

nalem Wege zur Welt gebracht haben. Das wurde jedoch von vielen Ärzten angezweifelt (Lehmann, 2006). Seidel (1998) und Litschgi (2001) hingegen gehen davon aus, dass Hebammen schon zu früheren Zeiten in Notsituationen Schnittentbindungen erfolgreich an lebenden Frauen durchgeführt hatten.

Der Chirurg Paré (1510-1590) warnte jedoch davor, den Kaiserschnitt an lebenden Schwangeren durchzuführen, da Frauen diesen Eingriff aufgrund der Ausdehnung der Wunde und des massiven Blutverlustes nicht überleben würden. Stattdessen empfahl er die Wendung des Kindes auf die Füße mit anschließender Extraktion oder die Perforation des kindlichen Kopfes mit nachfolgender Zerstückelung des kindlichen Körpers, um das Leben der Frau retten zu können. Entgegen dem durch die kindliche Taufe legitimierten kirchlichen Interesse an der Durchsetzung von Schnittentbindungen wurde beispielsweise noch im 19. Jahrhundert in Österreich der Kaiserschnitt an einer sterbenden Schwangeren als inhuman bezeichnet und war laut Gesetz verboten (Lehmann, 2006; Rüttimann, 2001).

### **Die Zwischengeschichte**

Die erste Publikation über eine Schnittentbindung an einer lebenden Frau wurde 1581 von Rousset (1535-?) in Paris veröffentlicht (Martius, 1986). Öffentlich wurden Kontroversen in der Ärzteschaft darüber ausgetragen. Diese machten den Eingriff immer bekannter und dessen Akzeptanz unter den ärztlichen Geburtshelfern nahm allmählich zu (Lehmann, 2006). Der erste ärztlich dokumentierte Kaiserschnitt an einer lebenden Schwangeren in Deutschland wurde 1610 in Wittenberg durchgeführt, drei Wochen nach der Operation verstarb die Frau, das Kind überlebte (Jurgelucks, 2004). Die Diskussionen innerhalb der Ärzteschaft über den Kaiserschnitt an lebenden Schwangeren wurde noch bis ins 18. Jahrhundert erbittert geführt, so bezeichnete Sacombe (1750-1822) in seiner Veröffentlichung „École Anti-Césarienne“ 1798 Ärzte, die sich für Schnittentbindungen an Lebenden eingesetzt hatten, als Mörder (Lehmann, 2006). Im 18. Jahrhundert hielten – vom Hofe Frankreichs ausgehend – zunehmend Ärzte und Chirurgen Einzug in die Geburtshilfe. Der kirchenrechtliche Einfluss auf die praktische geburtshilfliche Ausübung wich einer zunehmenden staatspolitischen Intention. Mitte des 18. Jahrhunderts verbreitete sich die Kaiserschnittoperation als Eingriff zur Sicherung weltlicher und feudaler Herrschaftsfolgen. Im europäischen Vielstaatengebilde erfolgte teilweise eine staatspolitisch ausgerichtete Verrechtlichung der Geburtshilfe, die geburtsoperative Eingriffe gesetzlich vorschrieb (Schäfer, 2009).

Gleichfalls wuchs damit die Bedeutung des Kaiserschnitts für das Selbstverständnis der ärztlichen Profession in der Geburtshilfe. Durch Gründung der Accouchieranstalten fand die ärztliche interventionsorientierte Geburtsmedizin ihre Verbreitung. Zugleich konnten die dort tätigen Ärzte durch Kaiserschnitte ihr anatomisch-pathologisches Wissen vergrößern, welches wiederum als Ausbau der Vormachtstellung

ihres Berufsstandes gegenüber dem Hebammenwesen benutzt wurde. Hebammen mussten sich nun von Ärzten unterrichten lassen. Das in diesem Zeitabschnitt so neu gewonnene Selbstverständnis und Selbstbewusstsein der ärztlichen Profession in der Geburtshilfe führte zur (weiteren) Verwissenschaftlichung mit der Gründung eigener Fachgesellschaften und letztlich zur Etablierung eines sich selbstverwaltenden Ärztestandes, der die Abschaffung staatlicher Vorschriften forderte (Schäfer, 2009).

Dennoch blieb der Kaiserschnitt in der von Schäfer (2009) so genannten Zwischen Geschichte ein lebensgefährlicher Notfalleingriff. Baudelocque (1746-1810), ärztlicher Leiter der Pariser Entbindungsanstalt Maternité, berichtete bei 111 durchgeführten Schnittentbindungen von 58% maternaler Letalität. Osiander (1759-1822), Geburtshelfer in Göttingen, publizierte 1810 bei 121 Fällen die gleiche Prozentzahl. Die Mortalität der Mutter lag somit um das zehnfache höher als bei der von Paré empfohlenen Perforationsoperation<sup>64</sup>. Noch 1877 wies das Wiener Gebärhaus bei Schnittentbindungen eine maternale Mortalität von 100% auf (Martius, 1986). Die Frauen verstarben an Blutungen aus der Gebärmutterwunde und Bauchfellentzündungen. Im 19. Jahrhundert bestand die Vorstellung, dass eine Uterusnaht schädlich sei und Nahtmaterial zu Entzündungen führen würde, somit verursachte Entleerung von entzündlichem Uterusinhalt schwere Abdominalinfektionen (Lehmann, 2006).

### Die Moderne

Der allmähliche Wandel des Kaiserschnitts vom lebensgefährlichen Notfalleingriff zur Routineoperation begann mit mehreren operationstechnischen Neuerungen Ende des 19. Jahrhunderts. Mit Einführung der Narkose und Infektionsprophylaxe sowie Durchsetzung der mehrschichtigen Gebärmutternaht und der Verlegung der Hysterotomie in das untere Uterinsegment gelang die Absenkung der Müttersterblichkeit bei Schnittentbindungen.

Simpson (1811-1870) benutzte 1847 erstmals Äther bei einer schwierigen Wendungsoperation bei einer jungen Frau mit schwerer Beckenmissbildung. Die Geburt verlief schmerzfrei, ohne Schaden für Frau und Kind, dieses erste in Narkose geborene Mädchen wurde auf den Namen „Anaesthesia“ getauft. Die Anästhesie in der Geburtshilfe fand schnell Verbreitung und Schwangere mussten nicht mehr Kaiserschnittoperationen bei vollem Bewusstsein über sich ergehen lassen (Kaufmann et al., 1998). Die meisten Ärzte lehnten aber die Anwendung von Narkotika zur Erleichterung von Wehenschmerzen bei einer nicht-operativen Geburt ab, da sich diese oft nachteilig auf Wehentätigkeit und Lebensfrische der Neugeborenen auswirkten. Ende des

---

<sup>64</sup> Diesen Statistiken ist aber nicht der Zeitpunkt bzw. die klinische Situation bei Entscheidung für einen Kaiserschnitt zu entnehmen, sicherlich wurden auch schon vor dem Eingriff im Sterben liegende Frauen erfasst (Lehmann, 2006).

19. Jahrhunderts erfolgten daraufhin erste Erprobungen von Regionalanästhesien in der Geburtshilfe (Seidel, 1998; Wulf, 1998).

1873 forderte Thomas (1820-1886), die Gebärmutter nach Entwicklung des Kindes und der Plazenta mit einer Naht zu verschließen, um Nachblutungen und postoperative Infektionen zu verhindern. Ebenso wurde seit 1881 die Schnittführung bei Eröffnung des Uterus zunehmend vom Gebärmutterkörper hin zum Gebärmutterhalskanal verlegt. Kehrner (1837-1914) empfahl diese Schnittverlagerung, da dort selten der Plazentasitz zu finden und somit die Blutungsgefahr auch geringer ist. Credé (1819-1892) berichtete 1887 bei einer Anzahl von 50 Kaiserschnitten mit dieser Operationstechnik von 28% mütterlicher Mortalität (Lehmann, 2006; Stoll, 2001).

1891 empfahl Halsted (1852-1922) das Tragen von Gummihandschuhen bei Operationen, zudem hatte sich die von Semmelweis empfohlene Händedesinfektion in den Kliniken etabliert. Ferner war Ende des 19. Jahrhunderts die Sterilisation von Operationsinstrumenten sowie Naht- und Verbandsmaterial üblich geworden, da nun bakteriologische Erkenntnisse von Pasteur (1822-1895) und Koch (1843-1910) wissenschaftliche Grundlagen für die Einhaltung der Asepsis lieferten<sup>65</sup> (Zander, 1986).

Die Durchführung eines Kaiserschnitts unter diesen Bedingungen hatte sinkende mütterliche Sterblichkeitsraten zur Folge. 1889 gab Leopold (1846-1911) bei 100 Kaiserschnitten eine mütterliche Mortalität von 10% an. Um das Jahr 1900 wurde etwa 1% aller Geburten per Sectio beendet (Lehmann, 2006).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte sich eine Operationstechnik bei abdominell-gynäkologischen Eingriffen und Schnittentbindungen etabliert, die als klassischer Standard fast ein Jahrhundert Bestand hatte: Die mehrschichtige Nahttechnik bei Operationswunden hatte sich durchgesetzt. Gebärmutter, Bauchfell, Muskulatur, Muskelfazie, Fett- und Hautschicht wurden mit einzelnen Nahtreihen statt wie zuvor durchgreifend durch alle Schichten genäht. Diese Etagenteknik erzielte eine bessere Wundheilung und die postoperativen Fälle einer Bauchwandhernie konnten deutlich reduziert werden. Gleiches bewirkte auch die von Pfannenstiel (1862-1909) empfohlene Eröffnung der Bauchdecke durch die quere, suprasymphysäre Durchtrennung von Haut, Fett- und Fazienschicht (Ludwig, 2005). Viele deutsche Geburtskliniken gaben 1905 maternale Mortalitäten von 5% bei Kaiserschnitt an (Lehmann, 2006).

Es begann ein Umdenken in der operativen Geburtshilfe, so formulierte Fasbender: *„Jedenfalls müssen die vorstehenden Zahlen [sinkende mütterliche Sterblichkeit nach Sectio, Anm. d. Verf.] dazu auffordern, das Gebiet der relativen Indikation des klas-*

---

<sup>65</sup> Bemerkenswerterweise findet sich in einem 2008 (!) publizierten Review zur Operationstechnik des Kaiserschnitts folgende Passage: *„Surgeons should change into fresh clothes for theatre if they have been sleeping and eating in their current clothes while on call, or have just come from undertaking an instrumental delivery on the labour suite”* (Simm & Mathew, 2008, S.94).

*sischen Kaiserschnittes in geeigneten Fällen zu erweitern“* (Fasbender, 1906, S. 1010). Interessanterweise wurden im Zuge der sinkenden Müttersterblichkeit zwei Aspekte von relativen Indikationsstellungen thematisiert, die bis dahin keine ärztliche Beachtung gefunden hatten:

Zum einem begann in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in der Ärzteschaft eine Diskussion über die Entscheidungsautonomie der Frauen für einen bestimmten Geburtsmodus. Naegele (1778-1851) plädierte dafür, die Wahl zwischen Perforation und Kaiserschnitt den Gebärenden zu überlassen. Andere ärztliche Geburtshelfer sahen hingegen in der Wahl für die Perforation die Möglichkeit für Frauen, sich eines unerwünschten Kindes zu entledigen und verweigerten den Schwangeren ein Mitspracherecht (Seidel, 1998).

Zum anderen – und zunächst prägender für die weitere Entwicklung in der Geburtsmedizin – rückte allmählich die ärztliche Bewertung des kindlichen Zustands unter der Geburt in den Blickpunkt. Schon 1822 beobachtete Kergaradec (1788-1877) per Auskultation mit dem Stethoskop die Verlangsamung der fetalen Herzfrequenz während einer Wehe und im ausgehenden 19. Jahrhundert wurden erste Publikationen über eine neue Überwachungstechnik fetaler Herztöne veröffentlicht. Ziel war schon damals eine kontinuierliche Aufzeichnung und Dokumentation kindlicher Herztöne, aber erst 1962 sollten Aufnahmeverfahren hierzu entsprechend verwertbare Signale liefern (Porst, 1986). Die spätere, routinemäßige Einführung der kindlichen Herztonüberwachung per CTG hatte deutlich ansteigende Kaiserschnittraten zur Folge (Petitti et al., 1979; vgl. Kapitel 2.2.2).

Die Diskussion um die Erweiterung der relativen Kaiserschnittindikationen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts kann auch im Zusammenhang mit ärztlichem Bestreben, die klinisch-operative Geburtshilfe zu etablieren, betrachtet werden; so argumentierte 1927 Hirsch (1877-1948), dass Müttersterblichkeit sowie kindliche Mortalität nur mit einer der Klinik vorbehaltenen Geburtshilfe deutlich gesenkt werden könnte. Er ging dabei von 90% normaler Geburtsverläufe aus und rechnete mit 10% operativer Entbindungen (Wendungen, Kraniotomien, Zangenentbindungen und Kaiserschnitte) (Lehmann, 2006). In den 1930er und -40er Jahren zeigte sich zunächst in den angelsächsischen Ländern mit zunehmender Hospitalisierung der Geburt ein Anstieg der Kaiserschnittraten. Mit Etablierung der Klinikgeburt konnten erweiterte relative Indikationsstellung zur Schnittentbindung häufiger zur Anwendung kommen (Schäfer, 2009). Das subjektive ärztliche Stellen von relativen Kaiserschnittindikationen wird anhand schwankender Kaiserschnittraten dieser Zeit deutlich. Beispielsweise lag in der Universitäts-Frauenklinik Jena die Sectiorate in den Jahren 1930 bis 1934 bei 8%, nach einem Wechsel der Klinikleitung – der offensichtlich mit enger gefassten Sectioindikationen einherging – fiel diese wieder auf 3%. Dieser Prozentsatz entsprach auch dem Durchschnitt aller deutschen Kliniken, 1938 wurde in Sammelstatistiken eine durch-



schnittliche Kaiserschnitttrate von 3,3% angegeben. Hierbei wurde die Kindersterblichkeit mit 9,1% beziffert und die der Mütter mit 3,2% (Albrecht, 1986).

Einen Meilenstein in der Geschichte der operativen Medizin stellte die Einführung von Antibiose und Thrombembolieprophylaxe dar. 1935 kam das erste Antibiotikum der Gruppe der Sulfonamide auf den Markt, während des zweiten Weltkriegs erfolgte vor allem in England und den USA die Herstellung von Antibiotika in industriellem Ausmaß. Ebenfalls standen nun mit den Substanzen Heparin und Dicoumarol Medikamente zur Prophylaxe und Therapie von Thrombembolien zur Verfügung. Ferner setzte sich nach dem zweiten Weltkrieg die Intubation als moderne Narkosetechnik durch. Die mütterliche Sterblichkeit bei Kaiserschnitt sank auf 1-2% (Stoll, 2001).

Mit Ende des zweiten Weltkriegs entfiel die Propagierung der Hausgeburt durch das nationalsozialistische Regime, im deutschsprachigen Raum etablierte sich ebenfalls zunehmend die Klinikgeburt und in deren Folge stiegen auch die Kaiserschnittraten kontinuierlich an. Zeitgleich formierte sich die Bundesärztekammer als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung um die berufspolitischen Interessen der ärztlichen Profession in der Bundesrepublik zu vertreten<sup>66</sup> (BÄK, 2009).

Gegen Ende der 1950er Jahre betrug die Kaiserschnitttrate in Deutschland etwa 7%, die kindlichen Mortalitätsraten bewegten sich weiterhin zwischen 4 und 10% (Albrecht, 1986). Angesichts dieser Zahlen wurde von Teilen der deutschen Ärzteschaft Zurückhaltung gegenüber der Schnittentbindung angemahnt. Noch 1955 gab Zacherl zu bedenken, es sei leichter ein guter Caesarist als ein guter Geburtshelfer zu sein (Zacherl, 1955). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts änderte sich dann aber durch Entwicklung und Anwendung präpartaler, diagnostischer Überwachungsmethoden des kindlichen Zustandes das Indikationsspektrum zur Schnittentbindung nachhaltig. Der Einsatz von routinemäßiger Kardiotokographie zu kindlicher Herztonüberwachung, Amnioskopie zur Fruchtwasseruntersuchung und Mikroblutuntersuchung am kindlichen Kopf (MBU) zur Vermeidung einer Hypoxie subpartu führten zu einer grundlegenden Neuorientierung in der operativen Geburtshilfe – dem Kaiserschnitt aus kindlicher Indikation (Albrecht, 1986). Saling (\*1925) wird durch Einführung der MBU in den 1960er Jahren die Begründung einer modernen Geburtsmedizin mit dem neuen Fokus Perinatalmedizin zugeschrieben (Beller, 2006). Diese neue Ausrichtung der Geburtsmedizin leistete der Etablierung der Klinikgeburt enormen Vorschub, die medizinische Absicherung des Neugeborenen rückte immer stärker in den Vordergrund und war (scheinbar) am besten in der Geburtsklinik gegeben. Damit einher ging

---

<sup>66</sup> Die Darstellung der Gründung der Bundesärztekammer in ihrem Internet-Auftritt gibt Aufschluss über die professionspolitischen Intentionen hierzu: „Darüber hinaus galt es, Bestrebungen entgegenzuwirken, anstelle der gegliederten sozialen Krankenversicherung eine Einheitsversicherung einzuführen, die Freiheit und Unabhängigkeit des ärztlichen Berufsstandes bedroht hätte“ (BÄK, 2009, o.S.).

der Beginn einer Ära, die durch eine rasante Zunahme der Kaiserschnittrate – auch aufgrund kindlicher Indikationen – gekennzeichnet ist.

In den 1970er Jahren lag die Sectiorate in Deutschland bei knapp 10%. Der Kaiserschnitt war im Vergleich zur Vaginalgeburt immer noch die deutlich gefährlichere Entbindungsmethode für die Mutter. 1974 wurde die mütterliche Sterblichkeitsrate hierbei mit 2 auf 1000 angegeben, damit war die Sectiosterblichkeit zehnmal höher als die gesamte Müttersterblichkeit (Albrecht, 1986). Eine Diskussion über eine Versorgungsgerechte Höchstgrenze der Schnittentbindungen wurde bei auffälligen regionalen Unterschieden der Sectiofrequenzen schon vereinzelt in den 1970er Jahren geführt. Saling gab beispielsweise in Berlin 1974 eine Kaiserschnittrate von 8% an, Plotz verzeichnete in Bonn 16% (Stoll, 2001).

Im weiteren Verlauf des ausgehenden 20. Jahrhundert wurden zunehmend die Gründe für die in vielen Ländern ansteigenden Kaiserschnittraten und deren mögliche Auswirkungen kritisch hinterfragt. 1981 wiesen Pedersen et al. unter anderem auf die bis dahin wenig beachteten psychologischen Auswirkungen einer Schnittentbindung hin. Poisson-Salomon et al. (1986) analysierten die Zunahme der Kaiserschnittrate an der Universitätsklinik Paris um fast 10% in nur vier Jahren im Zeitraum von 1977 (11,4%) bis 1981 (21,1%) hinsichtlich der angegebenen Indikationen. Sie stellten eine deutliche Zunahme der Indikationsstellungen Zustand nach Kaiserschnitt, Beckenendlage und protrahierter Geburtsverlauf fest. Ein verbessertes neonatologisches Outcome durch die Steigerung der Kaiserschnittrate um fast 10% wurde allerdings nicht beobachtet. Die AutorInnen folgerten daraus, dass nach Entbindung per Kaiserschnitt das Risiko in der nachfolgenden Schwangerschaft erneut per Sectio entbunden zu werden steigt und forderten das verstärkte Erlernen von äußeren Wendungen und vaginalen Beckenendlagenentwicklungen in der ärztlichen Ausbildung.

Bei der Analyse von US-amerikanischen Geburtsdaten aus den Jahren 1965 bis 1979 stellte Marieskind (1989) ebenfalls die Zunahme der Indikationen Zustand nach Kaiserschnitt, Beckenendlage und protrahierter Geburtsverlauf fest. Die Autorin thematisierte im Zusammenhang mit steigenden Sectionen gleichfalls den Verlust konservativer geburtshilflicher Fähigkeiten in der ärztlichen Profession. Zudem wies sie auf weitere paramedizinische Einflussfaktoren dieser Entwicklung hin: Sie benannte ausdrücklich einen Zusammenhang zwischen den steigenden Kaiserschnittraten und der Angst der ÄrztInnen vor haftungsrechtlichen Ansprüchen sowie einen Einfluss von ökonomischen Aspekten. Angesichts zunehmender Technisierung in der Geburtsgeschichte und deren Sicherheitsversprechen beschrieb Maieskind bei einem steigenden Alter der Erstgebärenden ferner eine veränderte Haltung bei Nutzerinnen der geburtsmedizinischen Versorgung, die sie als „*Concept of premium babies*“ bezeichnete: „An

*older mother who has only one or two children ,needs' to have each be perfect. A cesarean ,guarantees' a perfect outcome.“ (Marieskind, 1989, S.199).*

In den 1980er Jahren ließen sich weltweit zunehmende Kaiserschnittraten feststellen, in den USA, Großbritannien und Brasilien wurde die 20%-Grenze überschritten (De Mello E Souza, 1994; Harper & Hall, 1991). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung empfahl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1985 eine Obergrenze für Kaiserschnittraten von 10 bis 15%, da bei darüberliegenden Prozentsätzen keine Verbesserung des neonatalen und maternalen Outcome zu verzeichnen waren (Althabe et al., 2006). 1986 stellte Albrecht für deutsche Geburtsdaten fest: *„Überraschend hoch bleibt die perinatale Mortalität nach Kaiserschnitt trotz der zunehmenden Überwachung mit dem CTG und MBU und einer zunehmenden Kaiserschnittfrequenz an vielen Kliniken bei einer kontinuierlichen Abnahme der gesamten perinatalen Mortalität.“* (Albrecht, 1986, S.114).

Die Darstellung, dass zunehmend operativ-interventionsorientierte Geburtsmedizin verbesserte Gesundheit für Mütter und Neugeborene garantiert, konnte schon im Zuge der immer stärker öffentlichkeitswirksamen Frauengesundheitsbewegung und der sich damit verändernden Haltung von geburtsmedizinischen NutzerInnen zur programmierten Geburt schwer weiter aufrecht erhalten werden. Eine Legitimation dessen ließ sich nun auch nicht (mehr) mit verbesserten Ergebnissen durch steigende Kaiserschnittraten herleiten. Als Reaktion auf die breite Diskussion über steigende Schnittentbindungen wurde in den Vereinigten Staaten von Amerika von der „Healthy People 2000 Initiative“ als Gesundheitsziel für das Jahr 2000 eine Kaiserschnittquote von 15% gefordert (Cyr, 2006, CDC, 2001).

## **Die Postmoderne**

In den 1990er Jahren zeigte sich in fast allen europäischen Ländern ein stetiger Anstieg der Kaiserschnittraten, in Italien wurde sogar die 30%-Marke überschritten – in Brasilien ebenfalls. In den USA pendelte die Kaiserschnittquote zwischen 21% und 23%, in Deutschland näherte sie sich allmählich der 20%-Grenze – die WHO-Empfehlung von 1985 zeigte kaum Konsequenzen (vgl. Kapitel 2.2.1). Die Werte mütterlicher und kindlicher Mortalität bei Schnittentbindungen bewegten sich im Promillebereich und der Kaiserschnitt hatte sich – trotz anhaltender kritischer Diskussion – als Routinegeburtsmodus in Deutschland und anderen Industrienationen etabliert (Stoll, 2001; vgl. Kapitel 2.2.2). Schäfer bezeichnet diese Entwicklung sogar als *„Massenkaiserschnitt“* (Schäfer, 2009, S. 23).

Die Schlussfolgerung lag nahe, dass Entscheidungen zur Durchführung von Kaiserschnitten zunehmend nicht auf medizinischen Notwendigkeiten basierten. Dies wurde nun auch in der einschlägigen Fachliteratur kritisch thematisiert. Harper und Hall kon-

statierten bereits 1991 im "Current Obstetrics & Gynaecology": *„There is a wide variation in CS rate in western countries which cannot be explained by difference in population or pathology“* (Harper & Hall, 1991, S.164). Angesichts der WHO-Empfehlung geriet die postmoderne Geburtsmedizin somit verstärkt in Begründungszwang und die Argumentation der Notwendigkeit einer steigenden geburtsmedizinischen Versorgung mit Kaiserschnitt aufgrund eines veränderten „Risikoprofils“<sup>67</sup> von Schwangeren setzte sich in der Fachliteratur zunehmend durch (Howard, 1999; Welsch 1997; vgl. Kapitel 2.2.2). Clarke und Taffel stellten 1995 anhand US-amerikanischer Geburtsdaten zwar eine erhöhte Rate an Mehrlingsschwangerschaften sowie ein höheres maternales Alter bei Entbindung durch vermehrte reproduktionsmedizinische Behandlungen fest, doch bei Berücksichtigung weiterer klinischer Aspekte, beispielsweise des häufig angeführten steigenden Geburtsgewichts von Neugeborenen, kamen die Autorinnen zu dem Schluss, dass der Zunahme an Schnittentbindungen ursächlich kein verändertes Nutzerinnenprofil zugrunde liegen konnte: *„Thus almost 80 percent [of cesarean sections; Anm. d. Verf.] cannot be explained by such changes, but are associated with changes in medical practice“* (Clarke & Taffel, 1995, S.66; vgl. Kapitel 2.2.2).

Zeitgleich lässt sich eine steigende Akzeptanz der elektiven Schnittentbindung in der Fachwelt feststellen. Die geburtsmedizinische Versorgung mit geplanten Schnittentbindungen wurde schon in den 1980er Jahren in Brasilien massiv praktiziert, bis zu 80% der Privatpatientinnen in Rio de Janeiro wurden bereits vor einem Vierteljahrhundert durch (geplanten) Kaiserschnitt entbunden (Béhague, 2002). In den 1990er Jahren konnte die deutliche Zunahme an primären, elektiven Sectiones in vielen weiteren Industrienationen beobachtet werden (Bailit et al., 2004; vgl. Kapitel 2.2.1).

Somit kann die Zeit nach 1990 als weitere Ära der Geburtsmedizin betrachtet werden:

- Die Postmoderne mit der geplanten (Massen-)Kaiserschnittentbindung ohne medizinische Notwendigkeit.

Es stellt sich die Frage, wie es trotz der weit verbreiteten kritischen Haltung gegenüber den massiv ansteigenden Kaiserschnitttraten gelingen konnte diese Entwicklung ärztlich weiter zu legitimieren und sogar noch voranzutreiben. Schon Mitte der 1990er Jahre weist Souza auf ein zentrales Element der hierbei zugrundeliegenden Strategie hin: *„In Brazilian private hospitals, C-sections have become part of a medical practice that is increasingly geared towards consumption, taking advantage of the centrality of*

---

<sup>67</sup> Duden (2008) beschreibt Risikoprofil als *„Merkmalsansammlung, deren probabilistischen Risiken bearbeitet werden müssen“* und *„es möglich macht, Frauen zu konstruieren, die weder gesund noch krank sind, sondern ‚weibliche Risiken‘* (Duden, 2008, S.14).

*the female body and its aesthetics to female identity. Elective caesareans are not only easily obtained, but also desirable.*" (De Mello e Souza, 1994, S.358).

Die interdisziplinär zunehmend eingeforderte NutzerInnenorientierung in der medizinischen Versorgung am Ende des 20. Jahrhunderts leistete dieser neuen Ära der Geburtsmedizin (wohl ungewollt) Vorschub. NutzerInnenorientierung kann vielfältige Auslegung und Anwendung finden (vgl. Kapitel 3.3.3), Teile der geburtsmedizinischen Profession fokussierten dabei insbesondere auf Aspekte, die unter dem Schlagwort „Selbstbestimmung“ diskutiert wurden. Vor diesem Hintergrund wurde die schon im 19. Jahrhundert von Naegele zur Diskussion gestellte Entscheidungsautonomie der Schwangeren über den Geburtsmodus (seinerzeit bezüglich der Wahl zwischen Perforation und Kaiserschnitt) wieder aufgegriffen.

Verknüpft wurde diese Diskussion mit der sich ebenfalls wiederholenden, eingeforderten Erweiterung der relativen Kaiserschnittindikationen – im Sinne (möglicher) präventiver Aspekte der Schnittentbindung. Hier zeigt die geschichtliche Betrachtung, dass diese ärztliche Ausdehnung des Indikationsspektrums keineswegs an der Schwelle zum Jahrtausendwechsel im Zuge der innovativen Gedanken der PatientInnenpartizipation ihren Ausgang fand, denn Kaiserschnitt (auch) als Präventivmaßnahme zu definieren, ist ebenfalls nicht neu: 1927 forderte Hirsch in Deutschland die Abkehr von der forcierten vaginal-operativen Entbindung hin zum Kaiserschnitt zur Vermeidung von kindlichen Schäden und Beeinträchtigungen des Beckenbodens der Frau. 1967 stellte Elert das Postulat einer echten präventiven Indikationsstellung zur Kaiserschnittentbindung auf (Stoll, 2001). Interessant ist es, dabei die jeweiligen Rahmenbedingungen der Geburtsmedizin in Deutschland im Blick zu behalten. In der 1920er Jahren galt es die Etablierung der Klinikgeburt voranzutreiben, in den 1960er Jahren sollte die finanzielle Übernahme der Klinikgeburt ohne Risikoindikation im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durchgesetzt werden. Die Schnittentbindung als Präventivmaßnahme in der geburtsmedizinischen Versorgung zu verankern, gelang damals nicht. Die Vermutung liegt nahe, dass auch bei der damalig eingeforderten Neuausrichtung der Geburtsmedizin die Absicherung der Vormachtstellung der ärztlichen Profession eine Rolle spielte. Ende des 20. Jahrhunderts führte das erneute Aufgreifen von Prävention kindlicher Schäden und mütterlicher Beckenbodenverletzungen durch Schnittentbindungen (Feldman & Freiman, 1985) jedoch zu einer bis heute andauernden Veränderung der geburtsklinischen Versorgungspraxis.

Die immer häufigere Durchführung von Schnittentbindungen und deren positive Darstellung als medizinischer Fortschritt trugen in der Öffentlichkeit dazu bei, den Kaiserschnitt als risikoarmen Routinegeburtsmodus wahrzunehmen (vgl. Kapitel 2.2.2). Das schon 1989 von Marieskind so benannte „*Concept of premium babies*“ (Marieskind,

1989, S.199) beschreibt die mit dem Kaiserschnitt verbundene Aussicht auf maximale Kontrollierbarkeit von Risiken und erhöhte Sicherheit für das Kind.

In den 1990er Jahren ließ sich innerhalb der Ärzteschaft eine zunehmende Akzeptanz der Schnittentbindung ohne medizinische Notwendigkeit feststellen. Noch 1986 gaben bei einer Umfrage unter 112 US-amerikanischen FrauenärztInnen „nur“ drei der Befragten an, dem Wunsch nach einem „präventiven“ Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation nachzukommen (Johnson et al., 1986). 1991 führten Cepický et al. eine Umfrage unter der Fragestellung *„When is it possible to meet the wish of a woman to terminate her labour by caesarean section?“* (Cepický et al., 1991, S.109) bei 311 tschechischen FrauenärztInnen durch. Hierbei zeigte sich eine größere Bereitschaft, einen Kaiserschnitt ohne medizinische Notwendigkeit durchzuführen und die AutorInnen betonten, dass Schwangeren ihr Selbstbestimmungsrecht auf den Geburtsmodus Kaiserschnitt nicht (mehr) von ärztlicher Seite verwehrt werden kann.

Fünf Jahre später befragten Al Mufti et al. (1996) 282 geburtsmedizinisch tätige ÄrztInnen zur eigenen Präferenz eines Geburtsmodus (für sich oder die Partnerin). Hohe Popularität erlangte diese Publikation durch einen deutlichen Geschlechterunterschied, es entschieden sich signifikant mehr Frauen (31%) als Männer (8%) im Falle einer unkomplizierten Erstlingsschwangerschaft in Schädellage für die primäre Schnittentbindung ohne Indikation. Als Gründe wurden Angst vor Harn- und/oder Stuhlinkontinenz, Beeinträchtigung der sexuellen Funktion sowie kindliche Schädigung als Folge der vaginalen Geburt und zeitliche Planbarkeit genannt. Mit dieser Publikation kam große Dynamik in die Diskussion um den Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation. Im weiteren Verlauf etablierte sich die Schnittentbindung ohne medizinische Indikation mit den Bezeichnungen „Wunschkaiserschnitt“ oder „cesarean section on maternal request“ begrifflich in der Öffentlichkeit als sicherer, alternativer Geburtsmodus, den Schwangere frei wählen können (vgl. Kapitel 2.2.2).

Zugleich rückte die (vermeintliche) Prävention von Beckenbodenschäden durch Kaiserschnitt zunehmend in das Zentrum der Aufmerksamkeit. Seit Mitte der 1990er Jahre war ein großer Anstieg an Fachpublikationen zu Harn- und Stuhlinkontinenz, Beschwerden durch Senkung der Gebärmutter und Sexualstörungen nach vaginaler Entbindung zu verzeichnen (vgl. Kapitel 3.2.3). Damit verbunden schien auf den ersten Blick – ganz im Sinne der Frauengesundheitsbewegung und der sich nun auch wissenschaftlich etablierenden Frauengesundheitsforschung – eine Enttabuisierung der (postpartalen) Sexualität von Frauen zu erfolgen. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich aber in dem organozentristischen Thematisieren der vermeintlich (ohne ärztliche Intervention unvermeidlichen) pathologischen Morphologie des Beckenbodens<sup>68</sup> nach

---

<sup>68</sup> Veränderungen im sexuellen Erleben nach Geburt eines Kindes zeigen sich nicht nur bei Frauen, in einer Studie gaben 20% der jungen Väter eine Verminderung der sexuellen Reaktionsfähigkeit an (Gnirss & Buddeberg, 2000).

vaginaler Geburt wieder eine Medikalisierungsstrategie – nun in einer zeitgemäßen, postmodernen Variante: Frauen wird von ärztlicher Seite aus zugestanden, die geburtsmedizinische Präventionsmaßnahme Kaiserschnittoperation „selbstbestimmt“ zu wählen (vgl. Kapitel 3.3.3).

Mitten in der Diskussion um den präventiven Kaiserschnitt wurde 1994 eine zeit- und materialsparende Vereinfachung der Operationstechnik zur Sectio caesarea vorgestellt und für die Klinikroutine empfohlen. Bei der so genannten Misgav-Ladach-Methode werden viele Gewebsschichten und Strukturen mit dem Skalpell nur minimal geschlitzt. Als Vorteile wurden entsprechend die Verkürzung der Operationsdauer, geringerer Blutverlust sowie eine schnellere postoperative Mobilität genannt (Stark & Finkel, 1994; vgl. Kapitel 2.3.1). Die Misgav-Ladach-Methode wurde in der (deutschsprachigen) Öffentlichkeit als „sanfte Sectio“ populär. Das irreführende Adjektiv „sanft“ ist der stumpfen Dehnung von Gewebsstrukturen geschuldet, aber bereits bei früheren Operationstechniken wurden Haut und Muskulatur auseinandergezogen. Dieses begriffliche Konstrukt trägt dennoch bis heute dazu bei, den Kaiserschnitt als Routinegeburtsmodus mit geringem Risiko darzustellen. Interessanterweise findet sich auch die Strategie sprachlicher Verharmlosung von Kaiserschnittoperationen in früheren Zeiten wieder. Schon 1977 wurde im anglo-amerikanischen Sprachraum versucht mit der Einführung anderer Termini dieser Operation neue Konnotationen zu geben: *„(...) we encourage regular use of the terms birth and delivery in conjunction with the word cesarean. (...) The word ‚section‘ is not only grating to the ear, it is also extremely threatening to caesarean parents because of its historical connotations of morbidity or mortality for the mother and fetus.“* (Donovan & Allen, 1977, S.37).

Historische Vorbilder für die als vereinfachte operationstechnische Innovation präsentierte Misgav-Ladach-Kaiserschnittmethode – zum Beispiel die einschichtige Gebärmutternaht oder das Hervorwölzen des Uterus – sind durchaus festzustellen (Schäfer, 2009). Bedeutsam ist deren Darstellung als operationstechnischer Fortschritt, der (vermeintlich) zu mehr Gesundheit für Mutter und Kind führt (vgl. Kapitel 2.3.1). Auf dieser Argumentation aufbauend konnte sich in den ausgehenden 1990er Jahren langsam der Grundtenor in der Debatte um die steigenden Kaiserschnittraten verschieben. Der „Lancet“ titelte 1997 im Editorial *„What is the right number of caesarean sections?“* (Anonymous, 1997, S.815). Husslein und Langer (2000) postulierten steigende Kaiserschnittraten ohne medizinische Notwendigkeit vehement als einen zeitgemäßen Paradigmenwechsel aufgrund veränderter medizinischer und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen. Die von der WHO empfohlene Rate von 15% Kaiserschnittgeburten wurde nun in der einschlägigen Fachliteratur kritisiert: *„It is time to stop talking about ‚target‘ or ‚ideal‘ cesarean rates. Such numbers may be of interest to epidemiologists and academic leaders, but they don’t help clinicians make*

*decisions in the labor room.*“ (Cyr, 2006, S.935). Ende des ersten Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts prognostiziert Husslein (2008) die Kaiserschnittoperation sogar als „*die vorherrschende Geburtsform (...) des mittleren 21. Jahrhunderts*“ (Husslein, 2008, S. 698).

Lange Zeit galt in der Fachwelt eine niedrige Kaiserschnittrate als Qualitätskriterium für eine gute Geburtshilfe, doch in der postmodernen Ära der Geburtsmedizin konnte die Neuausrichtung hin zu einer – nur ärztlich durchführbaren – operativen Geburtsmedizin durchgesetzt werden. Diese Neuausrichtung mit der Diskussion um den „Wunschkaiserschnitt“ und dem Selbstbestimmungsrecht der Frau zu verknüpfen kann auch als geschickt verschleierte Medikalisierungsstrategie betrachtet werden.

### **3.1.4 Zusammenfassung**

Der Professionalisierungsprozess der Ärzteschaft über die Jahrhunderte hat eine bis heute anhaltende männliche Monopolstellung in der strukturellen und inhaltlichen Ausrichtung von medizinischer Versorgung zur Folge. Ab dem 12. Jahrhundert wurden Frauen systematisch von akademischer Medizin ausgeschlossen. Diesem Prozess lag ein Machtgefüge von Staat, Kirche und Ärzteschaft zugrunde, verbunden durch das Interesse, verstärkte Kontrolle im Bereich der Heilkunde auszuüben. Überliefertes medizinisches Traditionswissen, die sogenannte Volksmedizin, wurde degradiert und der Aufstieg der „Schulmedizin“ begann. Als Norm wurde der männliche Körper angesehen, weibliche Abweichungen von dieser Norm wurden häufig als krankhaft beschrieben. Die Pathologisierung des weiblichen Körpers und dessen physiologischen Abläufen hat eine lange Tradition. Ein zentrales Machtinteresse stellte die Legitimierung der Beschränkung des ärztlichen Heilberufs auf das männliche Geschlecht dar, andererseits spielte gerade Medikalisierung von Frauengesundheit eine wichtige Rolle für die Etablierung der ärztlich chirurgischen Profession. Damit einher gingen folglich auch die Entwicklungen von Frauen-Heilkunde zu Gynäkologie und von Geburtshilfe zu Geburtsmedizin.

Das Interesse des Machtgefüges Kirche-Staat-Ärzeschaft an Geburtshilfe wuchs insbesondere, als sich deren zunehmende bevölkerungspolitische Relevanz abzeichnete. Diesen bis dahin von Hebammen dominierten Bereich eignete sich die ärztliche Profession als neues wissenschaftliches und praktisches Betätigungsfeld sukzessive an. Auch wenn der Kaiserschnitt lange Zeit keine quantitative Bedeutung aufwies, zeigt sich epochenübergreifend – „*insbesondere an entscheidenden Punkten der Zeitachse (...)*“ – dessen wichtige strategische Funktion bei dieser ärztlichen Übernahme „*(...) im Sinne einer Medikalisierung der Geburt*“ (Schäfer, 2009, S.24).



Ab dem 16. Jahrhundert erlangte der Ärztestand mit der Durchführung von Kaiserschnitten zunehmend anatomisch-pathologische Erkenntnisse. Dies trug zur Durchsetzung weiterer operativer Eingriffe bei und schuf zugleich einen Wissensvorsprung in diesem Bereich gegenüber dem Hebammenstand. Mit staatlich protegierter Medizinalgesetzgebung wurde dieser Wissensvorsprung im Verlauf institutionalisiert, die Hebammenausbildung wurde in staatlichen Schulen monopolisiert und der Ärzteschaft unterstellt. Zielgruppe der zeitgleich neu gegründeten Entbindungsanstalten waren anfangs ledige und arme Schwangere, die Eingriffe dienten sowohl als „Disziplinierungsmaßnahmen“ als auch zu Forschungs- und Unterrichtszwecken. Ein solcher Ausbau und Erwerb an praktisch-operativer Erfahrung war zur weiteren Sicherung der ärztlichen Position im geburtshilflichen Bereich von Nutzen (Schäfer, 2009; Seidel, 1998). Die Ärzteschaft erkannte ebenfalls die Chancen, die im Dienstleistungsmarkt der Geburtshilfe außerhalb der Entbindungsanstalten zur weiteren Etablierung ihres Berufsstandes lagen. Im 19. Jahrhundert wurde der Erwerb der geburtshilflichen Approbation für niedergelassene Ärzte selbstverständlich, mit zunehmender Verbreitung der Zangengeburt etablierte sich auch die außerklinische männlich-ärztliche Geburtshilfe. Zunächst beschränkte sich der ärztliche Monopolanspruch auf die Behandlung von komplizierten Geburtsverläufen. Die Betreuung von komplikationslosen Geburtsverläufen blieb bis zum ausgehenden 19. Jahrhundert in den Händen der Hebammen. Hebammen wurden zwar nicht aus der Geburtshilfe verdrängt, aber es hatte eine Hierarchisierung stattgefunden. Die Ärzteschaft kontrollierte die Ausbildung der Hebammen, das Wissen um Geburtskomplikationen wurde nur so weit vermittelt, dass die ärztliche Monopolstellung der therapeutischen Eingriffe hierbei nicht in Gefahr geriet. Im 20. Jahrhundert vollzog sich dann mit der vermehrten Durchführung von Kaiserschnittoperationen und der damit zunehmend verknüpften Vorstellung von mehr Sicherheit für das Kind die Hospitalisierung der Geburt. Der Prozess der Medikalisierung in der Geburtsmedizin hatte einen seiner Höhepunkte erreicht (Schäfer, 2009; Seidel, 1998).

Die Entwicklung von der Geburtshilfe zur ärztlich-klinischen Geburtsmedizin war im weiteren Verlauf gekennzeichnet durch verstärkten Einsatz von Überwachungsmethoden des kindlichen Zustandes subpartu – die Diagnostik möglicher Pathologien des Kindes in utero rückte in den ärztlichen Fokus. Eine verstärkt interventionsorientierte Geburtsmedizin mit Schwerpunkt Perinatalmedizin etablierte sich, Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin wurden zu eigenständigen Fachbereichen. Gleichzeitig ist ein Verlust an konservativ-geburtshilflichen Fähigkeiten, wie beispielsweise vaginale Beckenendlagenentbindungen, in der ärztlichen Ausbildung zu verzeichnen. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts stiegen die Kaiserschnittraten in den Industrienationen weltweit an, das Spektrum der relativen Indikationen wurde durch kindliche und präventive Indikationen erweitert, Schnittentbindungen ohne medizinische Not-

wendigkeit gewannen an Akzeptanz. Der Kaiserschnitt war somit im Lauf der Jahrhunderte von einer Notfalloperation, die in den Anfängen Mutter und Kind nur selten überlebten, zu einem operativen Routineeingriff geworden, der nun auch „bei Bedarf“ ohne geburtsmedizinische Indikation durchgeführt wurde. Tröhler spricht hierbei von einer „*Chirurgifizierung der Geburtshilfe*“ (Tröhler, 1999, S.205). Ende des 20. Jahrhunderts erfolgten in den so genannten entwickelten Ländern weniger als 10% aller Kaiserschnitte aus zwingend geburtsmedizinischen Gründen um Leben und Gesundheit von Frau und/oder Kind zu retten. Bei 90% aller Schnittentbindungen lagen relative Indikationsstellungen zugrunde, deren Auslegung auf der hier geltenden ärztlichen subjektiven Definitionsmacht basiert (Harper & Hall, 1991; vgl. Kapitel 2.1.1). Diese geburtsklinische Versorgungspraxis löste eine professionsübergreifende Kritik aus, eine maximale Obergrenze der Kaiserschnitttrate von 15% wurde von der WHO (1985) empfohlen.

An diesem Punkt wird dem Kaiserschnitt wiederum eine entscheidende Funktion in der weiteren Ausrichtung der geburtsmedizinischen Versorgung zuteil – sowie der Positionierung der ärztlichen Profession darin. Der Kaiserschnitt „mutiert“ sogar vom Indikator der Medikalisierung von Geburt zum Promotor einer fortgesetzten Pathologisierungsstrategie, die Geburt zum vollständig medizinisch kontrollierten Vorgang werden lässt (Schäfer, 2009). Genau zu dem Zeitpunkt als sich die moderne Geburtsmedizin unter Legitimationsdruck aufgrund der ansteigenden Kaiserschnittraten befindet, setzt die Diskussion um den so genannten Wunschkaiserschnitt ein. Diese Debatte lässt sich als eine postmoderne Variante einer Medikalisierungsstrategie beschreiben, die durch zeitgemäße Verknüpfung von Themen wie operationstechnische Innovationen, Risikominimierung, weibliche Sexualität, Prävention und Selbstbestimmung der Frau auf den ersten Blick schwer als solche zu erkennen ist<sup>69</sup>.

Die Betrachtung der Entwicklung der Geburtsmedizin im historischen Kontext verdeutlicht die intensive Verzahnung von Medikalisierung und ärztlicher Professionalisierung zur Absicherung von Machtinteressen und ist letztlich unverzichtbar, um die aktuellen Entwicklungen auch im Spiegel der Geschichte deuten zu können. Gleichfalls zeigt diese Betrachtung, dass die in den jeweiligen Epochen vorherrschenden gesellschaftspolitischen Machtinteressen eng mit den Medikalisierungsstrategien verbunden sind sowie deren Ausgestaltung wesentlich beeinflussen. Somit werden die gesundheitspolitischen Veränderungen in Deutschland seit den 1990er Jahren und die daraus resultierenden ökonomisch-strukturellen Rahmenbedingungen der postmodernen Geburtsmedizin im nächsten Kapitel in den Fokus der Analyse gerückt.

---

<sup>69</sup> Hauffe (2010) bezeichnet den Kaiserschnitt in diesem Kontext als ein „*Macht- oder besser Entmachtungsinstrument*“ (Hauffe, 2010, S.1).

### **3.2 GEBURTSMEDIZIN UND ÖKONOMIE**

In den 1990er Jahren erfolgte ein geburtsmedizinischer Paradigmenwechsel (vgl. Kapitel 3.1.3): Zunehmende Akzeptanz von Schnittenbindungen und entsprechend verändertes ärztliches Handeln finden ihre grundsätzliche Legitimation durch medizinische Begründungen, die auf veränderten Operations- und Narkosetechnik basieren und in einer veränderten Risikobewertung von Kaiserschnittoperationen münden (vgl. Kapitel 2.3). Demgegenüber verweisen KritikInnen (auch) darauf, dass eine ökonomische Besserstellung durch steigende Kaiserschnitttraten für Geburtskliniken mehr als nur ein finanziell rentabler Nebeneffekt dieser Entwicklung sein kann (Hornemann et al., 2008).

Interessanterweise lässt sich in den 1990er Jahren auch ein Paradigmenwechsel in der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens feststellen. Die zunehmende Bedeutung des Gesundheitssektors als Wirtschaftsfaktor sowie die Diskussion um steigende Kosten im Gesundheitswesen rückte vermehrt die so genannte Effizienz von medizinischen Leistungen in den Fokus des gesundheitspolitischen Interesses (Berger & Stock, 2008). Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 wurde ein Wechsel von einer Finanzierung des Gesundheitssystems, das entstandene Kosten deckte, zu einem einnahmenorientierten Entgeltsystem vollzogen. Zentrales Ziel war die Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen, als Instrumente hierfür sollten die Einführung neuer Versorgungsformen und marktwirtschaftlicher Wettbewerbsdruck unter den LeistungsanbieterInnen dienen (Hajen et al., 2010). Die damit eingeläutete Entwicklung führte zu tiefgreifenden Veränderungen in Struktur, Organisation und Finanzierung des Krankenhaussektors. Die bedeutendste Zäsur stellte die Einführung eines diagnosebezogenen Fallpauschalenentgeltsystems (DRG-System) für Krankenhäuser dar.

Laut Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland lässt sich die Verpflichtung des Staates zur Vorhaltung von Krankenhäusern als wesentliches Element der „Daseinsvorsorge“ des Sozialstaatsprinzips (GG, Art. 20, Abs. 1) ableiten, daraus folgend hat der Staat auch die Befugnis, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu regeln (GG Art.74 Abs.1 Nr.19a). Als Resultat des ordnungspolitischen Eingreifens des Staates mit der Umgestaltung der Finanzierung des Gesundheitssystems hat sich ein Wandel der traditionellen, öffentlichen Institution Krankenhaus zur differenzierten Wirtschaftseinheit in einer wettbewerbsorientierten Gesundheitswirtschaft vollzogen. In der „Post-Lahnstein-Ära“<sup>70</sup> zeigte sich allerdings zunehmend die

---

<sup>70</sup> 1992 lud der damalige Gesundheitsminister Seehofer (CSU) die SPD-Opposition zu einer Klausurtagung nach Lahnstein. Der dort ausgehandelte Kompromiss bereitete den Weg für die Gesundheits-

Schwierigkeit, das historisch verwurzelte Solidarprinzip der deutschen Sozialversicherung mit dem marktwirtschaftlichen Wettbewerb zu verbinden. Es stellt sich die Frage, in wieweit der Staat noch der sozialen Verpflichtung Gesundheitsversorgung sicherzustellen nachkommen und einen ökonomisch verantwortlichen Umgang mit begrenzten Ressourcen gewährleisten kann.

Der gestellten Forschungsfrage liegt die Annahme zugrunde, dass die zunehmende marktwirtschaftliche Ausrichtung des Krankenhaussektors verstärkt Eingang in das ärztliche Denken und Handeln findet und die Akzeptanz der geburtsmedizinischen Versorgung mit einem Kaiserschnitt bei KlinikärztInnen vorantreiben kann. Daran anknüpfend wird unter einem gesundheitsökonomischen Blickwinkel die ansteigende geburtsmedizinische Versorgung mit Schnittentbindungen in den Blick genommen. Dies beinhaltet einerseits eine Betrachtung dieser Versorgungspraxis auf betriebswirtschaftlicher Ebene sowie andererseits eine Analyse aus volkswirtschaftlicher Perspektive. Zunächst erfolgt die Darstellung der gesundheitspolitischen Ausgangssituation und des ökonomischen Kontextgeschehens in der Bundesrepublik Deutschland vor dem Paradigmenwechsel in der Finanzierung des Gesundheitssystems. Gleichfalls werden die Begründungsmuster für die Umstrukturierung betrachtet. Der Wandel zu einer wettbewerbsorientierten Krankenhauswirtschaft wird anschließend anhand der den Krankenhaussektor betreffenden Gesundheitsreformgesetze der letzten zwei Jahrzehnte skizziert. Ferner werden Auswirkungen dieser Entwicklung wie Klinikprivatisierungen und Marketingstrategien der Krankenhäuser im Wettbewerb um „KundInnen“ kritisch beleuchtet. Im Folgenden wird die spezielle Wettbewerbssituation im geburtsmedizinischen Krankenhaussektor in Deutschland dargestellt und die betriebswirtschaftliche Rentabilität von Kaiserschnittentbindungen für Geburtskliniken in den Fokus der Betrachtung genommen. Die ökonomische Relevanz des „Wunschkaiserschnitts“ aus betriebs- und volkswirtschaftlicher Perspektive wird abschließend diskutiert.

### **3.2.1 Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft – Auswirkungen auf Krankenhäuser**

Unter Gesundheitswesen wird die Gesamtheit der Leistungserbringung zur Erhaltung sowie Förderung oder Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung zusammengefasst. Diese wird differenziert in ambulante und stationäre Leistungserbringung durch niedergelassene ÄrztInnen, Krankenhäuser sowie das große Spektrum weiterer LeistungserbringerInnen (Berger & Stock, 2008).

---

Strukturreform von 1993. Eine Kernidee war die freie Krankenkassenwahl mit einem Risikostrukturgleich (bzgl. einiger Versichertenmerkmale) zu begleiten.

Laut Krankenhausfinanzierungsgesetz sind „Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können, (...)“ (§ 2 KHG). Krankenhäuser bilden somit einen wichtigen Eckpfeiler in der gesundheitlichen Versorgung, auf sie entfällt ein großer Teil der Gesundheitsausgaben in Deutschland (Obst, 2009).

Die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland hat sich von 1995 bis 2010 zwar um mehr als 10% verringert und die Verweildauer der PatientInnen wurde über 30% gesenkt, dennoch lassen die Ausgaben im Zeitverlauf keine entsprechende anteilige Reduktion erkennen (vgl. Tabelle 5). Die Zahlen in Tabelle 5 deuten aber schon an, dass in den letzten Jahren deutliche Veränderungen in der Krankenhauslandschaft zu verzeichnen sind.

Tabelle 5:

Daten zur Entwicklung des deutschen Krankenhaussektors von 1995 bis 2010:

(Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012a; 2012c)

anno	Anzahl Krankenhäuser (n)	Verweildauer PatientInnen (d)	Kosten (Euro)	Kostenanteil der gesamten Gesundheitsausgaben (%)
1995	2325	11,5	50,7 Milliarden	27,1%
2000	2242	9,7	61,8 Milliarden	29,1%.
2005	2139	8,6	67,3 Milliarden	28,0%
2010	2064	7,9	74,3 Milliarden	25,8%

Die öffentlichen Krankenhauseinrichtungen wandelten sich zu differenzierten Wirtschaftseinheiten in einem wettbewerbsorientierten Gesundheitsmarkt, die damit angestrebte Senkung von Gesundheitsausgaben wurde jedoch nicht erreicht. Diese Entwicklung wird im Folgenden genauer betrachtet.

Mit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) 1972 wurde nach jahrzehntelanger monistischer Finanzierung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen die rechtliche Grundlage für die duale Finanzierung und die Krankenhausplanung geschaffen. Die Regelung der alleinigen Finanzierung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen aus dem Jahr 1936 hatte bei erheblicher Überalterung der baulichen Substanz der Krankenhäuser zu Defiziten und Investitionsstau geführt. Die Vorhaltung der Krankenhäuser und deren Investitionsfinanzierung wurden nun als

Aufgaben der öffentlichen Hand<sup>71</sup> verankert, die Betriebskosten wurden weiterhin von den Krankenkassen getragen. Somit sollten die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Bevölkerung und deren wirtschaftliche Sicherung gewährleistet bleiben (Schmidt-Rettig, 2008a). Zudem erhielten die Krankenhäuser 1973 mit dem so genannten Gewinn- oder Verlustausgleich (§ 17 Abs. 1 BPflV<sup>72</sup>) einen Anspruch auf Deckung ihrer Selbstkosten. Dem Prinzip der Selbstkostenerstattung wurde später angelastet, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot<sup>73</sup> für medizinische Leistungen (§ 12 SGB V) in Krankenhäusern nicht ausreichend Beachtung fand.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 wurden erste ordnungspolitische Rahmenbedingen festgelegt, um die Krankenhäuser verstärkt konkurrenzwirtschaftlichen Marktgesetzen auszusetzen (Berger & Stock, 2008). Das Gesundheitsstrukturgesetz stellt mit der Festschreibung der Beitragsstabilität im SGB V eine Zäsur in den Gesundheitsreformen der Bundesrepublik dar. Damit wurde der Paradigmenwechsel von einem kostendeckenden Finanzierungssystem zu einem einnahmenorientierten Entgeltsystem vollzogen. Zentrale Ziele waren Kostenbegrenzung und Verhinderung steigender Krankenkassenbeiträge durch neue Versorgungsformen und marktwirtschaftlichen Wettbewerbsdruck unter den LeistungsanbieterInnen (Hajen et al., 2010).

### **Der Finanzierungswechsel im deutschen Krankenversicherungssystem**

Im internationalen Vergleich zeigen sich in den letzten Jahrzehnten bei allen so genannten entwickelten Industriestaaten ständige – wenn auch unterschiedliche – Reformstrategien in der Gesundheitsausgabenpolitik. In Europa finden sich drei grundsätzliche Arten von Gesundheitssystemen. Es gibt steuerfinanzierte Gesundheitssysteme mit dezentraler Steuerung von öffentlichen und privaten Versorgungsstrukturen (skandinavische Länder) oder mit hoher staatlicher zentralistischer Prägung von Gesundheitsversorgung (Großbritannien). Deutschlands Gesundheitssystem ist durch das Finanzierungsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung vorwiegend korporatistisch geprägt; daneben existiert noch das Marktmodell der privaten Krankenversicherung. Im Gegensatz zu Skandinavien oder Großbritannien

---

<sup>71</sup> Bis 1984 bestand eine Mischfinanzierung der Investitionskosten (Kosten der Errichtung von Krankenhäusern, Anschaffungskosten für Wirtschaftsgüter, etc.) aus öffentlichen Mitteln von Bund und Ländern, seit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) sind alleine die Länder dafür zuständig die Mittel aufzubringen (Schmidt-Rettig, 2008a).

<sup>72</sup> Bundespflegesatzverordnung

<sup>73</sup> „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“ (§ 12 (1) SGB V) (vgl. Kapitel 3.3.2).

ist das deutsche Krankenversicherungssystem nicht universalistisch, es ist an beruflichen Status und Einkommenshöhe gebunden (Hajen et al., 2010).

Eine wesentliche Säule des deutschen Sozialversicherungsmodells ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). In der GKV sind knapp 90% der Bevölkerung freiwillig sowie durch eine Pflichtmitgliedschaft versichert oder sind beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige. Grundgedanke der deutschen Sozialversicherung ist das Solidarprinzip, dem zumindest implizit ein gesellschaftlicher Konsens sozialer Werte unter den Versicherten einer Solidargemeinschaft zugrunde liegt und das in der Gesundheitsversorgung soziale Ausgleichsmechanismen vorsieht (Niehoff & Braun, 2003). In der GKV bedeutet dies, dass die Abgabenerhebung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip erfolgt (die Beiträge richten sich nach dem Lohn Einkommen<sup>74</sup>), Versicherte Anspruch haben auf Leistungen nach dem Bedarfsdeckungsprinzip (bedarfsgerechte Versorgung, § 2 SGB V) und das Sachleistungsprinzip gilt (Versicherte sind nicht in Zahlungsvorgänge der in Anspruch genommenen Leistungen involviert) (Berger & Stock, 2008).

2009 hatten in Deutschland 8,74 Millionen Menschen eine private Krankenvollversicherung, dies entsprach 10,7 % der Gesamtbevölkerung (PKV, 2009). Die PKV basiert auf dem Individual- und Risikoäquivalenzprinzip, das für alle Versicherten eine Risikoprämie nach Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen kalkuliert, die die Kosten bis zur jeweils angenommenen Lebenserwartung abdecken soll. Letztlich handelt es sich um ein Kapitaldeckungsverfahren, die Umverteilung findet nur von Gesunden zu Kranken statt, während das Solidarprinzip auch starke Elemente einer Einkommensumverteilung besitzt<sup>75</sup> (Hajen et al., 2010; Berger & Stock, 2008).

Unter der Vielzahl der AusgabenträgerInnen<sup>76</sup> der Gesundheitskosten übernimmt die GKV den größten Teil (57% im Jahr 2006), somit verwundert es nicht, dass gesundheitspolitische Reformen sich auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung konzentrieren (Böhm & Müller, 2009).

---

<sup>74</sup> Bis 2005 wurde der Beitragssatz zur GKV paritätisch finanziert; je zur Hälfte von ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der GKV (GMG) erhielten ArbeitgeberInnen eine Entlastung von 0,45%, somit werden seitdem 0,9% des beitragspflichtigen Einkommens als Zusatzbeitrag von ArbeitnehmerInnen getragen (§ 241 a SGB V).

<sup>75</sup> Folglich handelt es sich bei der GKV im engeren Sinne eigentlich nicht um eine Versicherung, sondern um eine Umlagekasse entsprechend den Prinzipien des Sozialstaatsgebotes. Die Gesundheitsleistungen werden bei der GKV nicht (nur) aus Versicherungsbeiträgen, sondern aus Beiträgen der Umlagekassen finanziert (Schätzler, 2011).

<sup>76</sup> Neben der GKV tragen die PKV, die öffentlichen Haushalte, die soziale Pflegeversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, ArbeitgeberInnen, private Haushalte und private Organisationen zur Deckung der Gesundheitskosten bei (Böhm & Müller, 2009).

Mitte der 1970er Jahre – nach dem Ende des deutschen Wirtschaftswunders und dem Beginn der so genannten Massenarbeitslosigkeit – wurde der kritisch zu reflektierende Begriff der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ geprägt. Um die mit diesem Begriff etikettierte Entwicklung zu illustrieren, werden meist ansteigende Krankenkassenbeiträge angeführt: 1970 betrug der jahresdurchschnittliche Beitragsatz der GKV 8,2%, 1980 belief sich dieser auf 11,4% und 2011 auf 15,5% (Schätzler, 2011; GKV-Spitzenverband, 2010; Braun et al., 1998).

Anhaltend hohe Arbeitslosigkeit bei gleichzeitiger Zunahme älterer Bevölkerungsanteile führte zu Finanzierungsdefiziten im deutschen Gesundheitssystem. Wurde zunächst bei Gesundheitsreformen noch auf Effizienzverbesserung und Verteilungsgerechtigkeit fokussiert, zeichnete sich in den 1990er Jahren ein anderer Schwerpunkt ab: Die Beiträge sollten stabilisiert oder sogar gesenkt werden, um die so genannten Lohnnebenkosten zu vermindern und die ArbeitgeberInnen zu entlasten, damit letztlich – so der argumentative Strang – wieder mehr Arbeitsplätze geschaffen werden können (Hajen et al., 2010).

Von 1995 sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland von 187 Milliarden Euro auf 287 Milliarden Euro im Jahr 2010 gestiegen, das entspricht einer Steigerung von 53% (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012a). Zwar scheinen diese Zahlen den Begriff der „Kostenexplosion“ eindrucksvoll zu belegen, jedoch bildet dieser Parameter nicht alle in Betracht zu ziehenden ökonomischen Entwicklungen (z.B. Inflation) ab. Besser lässt sich der Verlauf der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen anhand von Quoten zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) abbilden (Hajen et al., 2010). 1980 wurden in Deutschland 8,7% des BIP für Gesundheitsausgaben aufgewendet, 1990 waren es 8,5%, im Jahr 2000 10,3%<sup>77</sup> und 2007 beliefen sich diese Ausgaben auf 10,4% (OECD, 2009). Zwar liegt Deutschland 2007 im OECD-Ländervergleich für Gesundheitsausgaben hinter den USA, Frankreich und der Schweiz auf dem vierten Platz und der Durchschnittwert der OECD-Länder beträgt 8,9%, doch bescheinigt die OECD der Bundesrepublik: *“Anders als in den meisten anderen Ländern sind die Gesundheitsausgaben nicht schneller gewachsen als die Wirtschaftsleistung und das bei einer vergleichsweise rasch alternden Bevölkerung“* (OECD, 2009, o.S.).

Hajen et al. (2010) kommen somit zu dem Schluss, dass die so genannte Kostenexplosion in der politischen Diskussion als Schreckensbild benutzt wird, um Einschnitte in den Sozialleistungen zu legitimieren<sup>78</sup>. Schon 1998 stellten Braun et al.

---

<sup>77</sup> Bei dem „Sprung“ des Prozentsatzes nach 1990 ist die Realisierung der Einheit in Deutschland zu berücksichtigen (hohe Arbeitslosigkeit und geringeres Gehaltsniveau in den neuen Bundesländern) (Hajen et al., 2010).



fest: „Diese Reformen verfolgen im wesentlichen eine neoliberale wirtschafts- und finanzpolitische Strategie für die gesetzliche Krankenversicherung und berücksichtigt dabei besonders Klientelinteressen“ (Braun et al., 1998, S.19). Zudem weisen Hajen et al. (2010) ausdrücklich darauf hin, dass zwischen den gesundheitssystembedingten Abgaben der ArbeitgeberInnen und dem Beschäftigungsanteil in der Bevölkerung keine statistisch gesicherte Kausalität hergestellt werden kann. Diese Abgaben, in der politischen Diskussion häufig als Lohnnebenkosten zitiert, stellen für die Autoren auch im internationalen Vergleich keinen Wettbewerbsnachteil für Deutschland dar (Hajen et al., 2010).

Für die – am BIP gemessenen – im Verlauf moderat ansteigenden Gesundheitskosten müssen allerdings Versicherte mit steigenden Beitragssätzen immer höhere Anteile ihres Lohneinkommens aufbringen. Mehrere Faktoren können diesen scheinbaren Widerspruch erklären: Einerseits liegen die Gründe in der hohen Arbeitslosigkeit und den sinkenden Realeinkommen, andererseits werden nicht alle Einkommen (z.B. Kapital- und Mieteinkünfte) zur GKV-Finanzierung berücksichtigt und es existiert eine Beitragsbemessungsgrenze. Das beitragspflichtige Einkommen bildet somit nicht die Leistungsfähigkeit der deutschen Volkswirtschaft ab. Grundsätzlich ist es also korrekter von einer „Einnahmeimplosion“ als von einer „Kostenexplosion“ zu sprechen (Hajen et al., 2010; Glaeske, 2009; Braun et al., 1998). Hier zeigt sich wie durch eine strategische Begriffskonstruktion vermeintliche Kausalitäten und Realitäten geschaffen und als Begründung für grundlegende gesellschaftspolitische Umstrukturierungen genutzt werden können.

Der Paradigmenwechsel zu einer einnahmenorientierten Finanzierung und die zunehmende Fokussierung auf eine marktwirtschaftliche Regulierung des Gesundheitswesens wurde in der Öffentlichkeit dementsprechend mit den Argumenten „Kostenexplosion“ und „Arbeitsplatzsicherung bzw. –schaffung“ legitimiert. Zu den weiteren Begründungsmustern um insbesondere die Ausgabenpolitik nach Marktregeln zu reformieren, zählen steigende Kosten durch den demographischen Wandel und den medizintechnischen Fortschritt (Widmann-Mauz, 2006). Grundsätzlich bedeutet ein höheres Lebensalter aber nicht automatisch auch insgesamt höhere Gesundheitsausgaben pro Person; der größte Teil der Kosten fällt zwar im letzten Lebensjahr an, aber unabhängig vom Lebensalter bzw. sinken diese sogar mit steigendem Alter. Der demographische Wandel stellt somit eher wiederum ein Einnahmeproblem als eine Ausgabensteigerung dar (Hajen et al., 2010). Neben Kosten für die akutmedizinische

---

<sup>78</sup> Von 1995 bis 2006 haben sich die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung der einzelnen KostenträgerInnen unterschiedlich entwickelt: Die öffentlichen Haushalte weisen ein Minus von 32,9% auf, bei der GKV zeigt sich ein Plus von 57,4% (dies führte u.a. zu steigenden Beiträgen für ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen) und bei privaten Haushalten ergibt sich sogar eine Steigerung um 75,4%. Die Deckung der „Kostenexplosion“ zieht demnach also vor allem eine „Ausgabenexplosion“ bei den privaten Haushalten nach sich (Müller & Böhm, 2009).

Versorgung im letzten Lebensjahr gilt es allerdings auch Kosten für den steigenden Bedarf an Langzeitpflege chronisch Kranker zu berücksichtigen (Marckmann, 2006).

Mit den grundlegenden Veränderungen in der Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen erfolgten zudem Überlegungen, die auf dem Solidarprinzip basierende Einnahmepolitik umzustrukturieren. Durch die Einführung des Gesundheitsfonds 2009 wurde ein Einnahmekonzept umgesetzt, das aus einer Mischfinanzierung anteiliger Einheitsbetragssätze<sup>79</sup> der ArbeitgeberInnen (7,0%) und der ArbeitnehmerInnen (7,9% plus eines möglichen Zusatzbeitrages in Abhängigkeit von der Fondsdeckung) sowie einer Steuerfinanzierung besteht (Franke, 2007). KritikerInnen dieser Einnahmepolitik sehen darin eine partielle Aufkündigung des Solidarprinzips und eine Entwicklung hin zu einkommensunabhängigen Beiträgen mit einer einkommensabhängigen medizinischen Versorgung, da bei diesem Konzept die finanzielle Belastung der unteren Lohngruppen zunehmend proportional höher wird (Hajen et al., 2010; Glaeske, 2009). Ein weiterer Schritt in der Finanzierungsumstellung der GKV hin zu einkommensunabhängigen Beitragspauschalen ist 2010 mit dem GKV-Finanzierungsgesetz erfolgt: Neben der Erhöhung des Beitragssatzes auf 15,5% wurden die ArbeitgeberInnenanteile auf 7,3% festgeschrieben, alle zukünftigen Beitragserhöhungen sind alleine durch pauschale Zusatzbeiträge (ohne festgelegte Obergrenze) der ArbeitnehmerInnen abzudecken<sup>80</sup>. Weitgehend von der Öffentlichkeit unbemerkt ist somit erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik die Beitragsbemessungsgrenze gesenkt worden (Rakowitz, 2011). Mit Blick auf die bekannte „Einnahme-Implosion“ bei der Finanzierung von Gesundheitsausgaben ist dies unverständlich und stützt die These „der Klientelpolitik“ bei der Umgestaltung des Gesundheitssystems von Braun et al. (1998). Der Hinweis auf die sukzessive Aufkündigung des Solidarprinzips gewinnt gerade vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen zunehmend an Berechtigung.

BefürworterInnen der zunehmenden Abkoppelung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten setzen jedoch auf Wettbewerb und Markt als Steuerungsprinzipien und betonen verstärkt Verantwortung und Wahlfreiheit der NutzerInnen der Gesundheitsversorgung (Franke, 2007). Dem liegt die neoklassische Wirtschaftstheorie der Überlegenheit des „vollkommenen Marktes“ gegenüber staatlichen Lenkungsformen zu-

---

<sup>79</sup> Somit ist nicht mehr die Höhe des Kassenbeitrages zentrales Wettbewerbselement zwischen den Krankenkassen, sondern eventuelle Zusatzbeiträge, Prämienauszahlungen oder Versorgungsangebote und Serviceleistungen.

<sup>80</sup> Auch ein so genannter Sozialausgleich, dessen mittlerer Wert auf Grundlage von Schätzungen der voraussichtlichen Einnahmen und Aufgaben aller Krankenkassen errechnet wird, kann nicht die höhere Belastung der unteren Einkommensschichten bei diesem Finanzierungskonzept ausgleichen (Schätzler, 2011; Simon, 2011)

grunde. Die in diesem Kontext bestehende These lautet, dass das Marktmodell der „vollkommenen Konkurrenz“ unter Wahrung der individuellen Handlungsfreiheit ein Effizienzoptimum erreicht. Voraussetzung hierfür muss das unabhängige Handeln von zahlreichen Angebots- und Nachfrageseiten bei offenem Marktzugang sein, zudem sollen die Nachfragenden umfassend informiert sein und rational handeln (Hajen et al., 2010; Berger & Stock, 2008).

KritikerInnen hingegen mahnen an, dass die zunehmende Fokussierung auf die Verantwortung der NutzerInnen der Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigt, dass die Möglichkeiten mit eigenverantwortlichem Verhalten Gesundheit zu beeinflussen entlang der sozialen Schichten ungleich verteilt sind (Braun et al., 1998). Gethmann-Siefert (2008) verweist aus einer ethischen Perspektive hierzu, dass das „Prinzip der Gleichheit“ dem „Prinzip der Gerechtigkeit“ entgegenstehen kann. Friesacher bezeichnet den Prozess der sukzessiven Abkehr vom Sozialstaatsprinzip als *„die Verbetriebswirtschaftlichung“* des Gesundheitswesens (Friesacher, 2010, S.59). Zudem weist das Gesundheitswesen zahlreiche „Marktfehler“ auf, die Gesundheitswirtschaft wird nie einen „vollkommenen Markt“ darstellen.

### **Der „unvollkommene“ Gesundheitsmarkt**

Die Unvollkommenheit des Gesundheitsmarktes zeigt sich bereits an der Schwierigkeit Gesundheit zu definieren. Gesundheit als universelles Menschenrecht wird von der WHO als Ergebnis von Lebensbedingungen sehr weitreichend definiert: *„Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“* (WHO, 1986, S.1).

Gesundheit ist kein Konsumgut, das gekauft werden kann; wenn Gesundheit nachgefragt wird, werden tatsächlich Gesundheitsleistungen der Heilberufe und medizinische Güter erworben. Angebot und Nachfrage von Gesundheitsgütern sind durch das Sachleistungsprinzip von einander abgekoppelt, der Preis ist nicht entscheidendes Auswahlkriterium bei konkurrierenden Leistungsangeboten (Hajen et al., 2010). Gäfgen definiert aus einer ökonomischen Perspektive: *„Gesundheit ist ein persönliches Kapitalgut<sup>81</sup>, dessen Bestand stets gefährdet ist, bei dessen Herstellung ein*

---

<sup>81</sup> Gesundheit kann zugleich die Funktion eines handelbaren Konsumguts als auch eines Kapitalguts, das als Teil des Humankapitals zum Einkommenserwerb beiträgt, besitzen (Hajen et al., 2010).

*souveränes Urteil des vollinformierten Konsumenten nicht möglich ist und das zugleich teilweise ein öffentliches Gut darstellt“* (Gäfgen, 1990, S.14). Hiermit weist Gäfgen auf weitere „Marktfehler“ im Gesundheitssektor hin, zentral ist für ihn die bestehende Informationsasymmetrie zwischen Angebots- und Nachfrageseite<sup>82</sup>, die theoretische Nachfragesteuerung eines am Wettbewerb orientierten Gesundheitsmarktes durch „mündige“ KonsumentInnen ist von NutzerInnen praktisch nicht leistbar, da die Profession der Heilberufe einen systematischen Informationsvorsprung besitzt. Für Stollberg wird die Informationsasymmetrie zudem durch die „Ökonomisierung des Rollengefüges“ – auch durch Verwendung von Begriffen wie „KundInnen“ und „DienstleistungserbringerInnen“ – verschleiert (Stollberg, 2008, S.359).

Die bestehende Informationsasymmetrie kann allerdings zu einer angebotsinduzierten Nachfrage führen: Die ärztliche Profession besitzt Definitionsmacht über pathologische Prozesse und diagnostische Entscheidungen, welche Voraussetzungen für Ansprüche auf Gesundheitsleistungen der NutzerInnen bilden. Somit kann diese Definitionsmacht in Kombination mit einem Informationsvorsprung genutzt werden, Bedarfe an Leistungen erst zu schaffen und dann gezielte Informationen an NutzerInnen weiterzugeben, um die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gezielt zu erhöhen (Hajen et al., 2010).

Der Krankenhausmarkt als Teil des Gesundheitsmarktes weist zudem besondere Merkmale auf. Es existiert kein freier Marktzugang für das einzelne Krankenhaus, Voraussetzung für die Zulassung der Versorgung Versicherter der GKV ist die Aufnahme in den länderspezifischen Krankenhausbedarfsplan<sup>83</sup> oder der Abschluss eines spezifischen Versorgungsvertrags mit den gesetzlichen Krankenkassen (Schmidt-Rettig, 2008a). Ferner lässt sich für das Krankenhaus als Leistungsanbieter aus ökonomischer Sicht eine dreigeteilte „Kundschaft“ feststellen: Erstens entscheiden niedergelassene ÄrztInnen über die Gesundheitsleistungen im Krankenhaus, indem sie Einweisungen veranlassen. Zweitens übt die gesetzliche Krankenversicherung mit der Finanzierung dieser Leistungen eine KundInnenfunktion aus. Schließlich sind drittens die PatientInnen die zentralen KundInnen des Krankenhauses. Daraus resultiert eine Dreiteilung in Entscheidung, Bezahlung und Konsum, diese Aufsplittung der Nachfrageseite wird als „abgeleitete Nachfrage“ bezeichnet (Berger & Stock, 2008).

---

<sup>82</sup> Eine genauere Betrachtung von Interaktionen zwischen NutzerInnen und ärztlichen Professionellen erfolgt in Kapitel 3.3.3.

<sup>83</sup> Die Aufnahme einer Klinik in den so genannten Krankenhausbedarfsplan bildet auch die Voraussetzung zur öffentlichen Investitionskostenförderung durch das jeweilige Bundesland (Schmidt-Rettig, 2008a).

Es kann also festgehalten werden, dass schon in der Theorie zahlreiche (gesundheits-)wesentliche „Marktfehler“ dem Erzielen eines „Effizienzoptimums“ durch marktwirtschaftlichen Wettbewerb entgegen stehen.

### **Einführung des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs in den Krankenhaussektor**

Bei Betrachtung der Gesundheitsausgaben in Deutschland zeigen sich vor allem in den Bereichen Arzneimittel und Krankenhauskosten beständige Kostensteigerungen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012a), Krankenhäuser sind die kostenintensivsten Einrichtungen des Gesundheitswesens (Müller & Böhm, 2009). Somit ist es nachvollziehbar, dass ein Schwerpunkt bei der Einführung von marktwirtschaftlichen Elementen im Gesundheitswesen auf dem Krankenhausmarkt lag. Auch internationale Vergleiche von Krankenhausdaten lassen mögliches Einsparpotential im deutschen Krankenhaussektor erkennen. Auf 1.000 EinwohnerInnen kamen 2006 in Deutschland 5,7 Krankenhausbetten (OECD-Mittel 3,8) und die Anzahl an Krankenhauseinweisungen betrug 227 je 1000 EinwohnerInnen (OECD-Mittel 158). Zudem wies Deutschland nach Japan die längsten Krankenhausaufenthalte (7,8 Tage, OECD-Mittel 6,5 Tage) der OECD-Länder auf (OECD, 2009)<sup>84</sup>.

Die Einführung der Wahlfreiheit der Krankenkassen für Versicherte und die damit verbundene Schaffung des Risikostrukturausgleiches (RSA<sup>85</sup>) als notwendige Begleitmaßnahme sowie Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips der Krankenhäuser stellten die zentralen Punkte des Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 dar. In den folgenden Jahren wurden die Krankenhäuser durch etliche weitere gesetzliche Regelungen dazu gebracht, sich auf dem wettbewerbsintensiveren Krankenhausmarkt neu zu positionieren: Die Entwicklung im deutschen Krankenhaussektor in den letzten Jahren ist durch die Abfolge zahlreicher Reformen geprägt. In den 1990er Jahren führte die zunehmende Ausrichtung eines an Wettbewerb orientierten Gesundheitsmarktes zur Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern und zur Konkurrenz zwischen dem ambulanten und stationären Gesundheitssektor (Burmann et al., 2008). Einen Überblick hierzu verschafft Tabelle 6.

---

<sup>84</sup> Aus ökonomischem Blickwinkel sollte bei diesem personalintensiven Gesundheitssektor allerdings nicht aus den Augen verloren werden, dass die Ausgaben nicht nur Kosten darstellen, sondern gleichfalls zu Einkommen, Arbeitsplatzert halt und Wirtschaftswachstum beitragen. 1,8 Millionen Personen arbeiteten im Jahr 2007 in der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung, dies entsprach 4,5% aller Erwerbstätigen (Hajen et al., 2010; Destatis, 2008a).

<sup>85</sup> Im entstehenden Wettbewerb unter den Krankenkassen sollte der Diskriminierung „unrentabler“ Versicherter durch den RSA vorgebeugt werden, in dem Ausgleichszahlungen für die Indikatoren Alter, Geschlecht, mitversicherte Familienangehörige, Grundlohnstrukturen und Anteil der RentnerInnen unter den Kassen erfolgten. Die ungleiche Verteilung der Morbidität unter Versicherten führte jedoch zur „Selektion der schlechten Risiken“ von chronisch kranken Versicherten. Dem wurde versucht mit Einführung des morbiditätsorientierten RSA 2009 Abhilfe zu schaffen (Hajen et al., 2010).

Tabelle 6:

Regelungen der Gesundheitsreformen im deutschen Krankenhaussektor von 1996 bis 2007<sup>86</sup>:

(Hajen et al., 2010; Betzler & Hartwig, 2006; Metzger, 2004)

Bezeichnung der Gesundheitsreform	Anno	Neuerungen für die Krankenhäuser
Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben	1996	Möglichkeit für ambulant Operieren; Möglichkeit zur Abrechnung von vor- und nachstationärer Leistungserbringung; Einschränkung des Gesamtbudgets
GKV-Gesundheitsreformgesetz	2000	Erweiterung des Kataloges für ambulantes Operieren; Verpflichtung zur Teilnahme an Qualitätsmaßnahmen
Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GKV-GMG)	2003	Einführung des G-DRG-Entgeltssystems; Möglichkeit zur Teilnahme an Disease-Management-Programmen; Möglichkeit zur Einrichtung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ)
Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)	2007	Erweiterung des Krankheitskatalogs zur ambulanten Therapie; pauschale Kürzung von Krankenhausrechnungen um 0,5%

Eine deutliche Zäsur stellte 2003 der Beschluss der Einführung eines umfassenden pauschalisierten Vergütungssystems für den stationären Bereich dar. Seit 1996 gab es mit den so genannten Fallpauschalen und Sonderentgelten schon für die stationäre Behandlung einiger Krankheitsbilder eine pauschale Vergütung, die hierbei nicht abgedeckten Krankheiten wurden weiterhin durch Basis- und Abteilungspflegesätze abgerechnet. 2000 erhielten die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherungen und die deutsche Krankenhausgesellschaft den Auftrag, eine umfassende leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung zu entwickeln. Als Grundlage hierfür wurde das australische Vergütungssystem „Australian Refined Diagnosis Related Groups“ (AR-DRGs) gewählt (Metzger, 2004).

<sup>86</sup> Der Erhebungszeitraum der empirischen Daten für die vorliegende Studie lag in 2007 und 2008, aus diesem Grund bildet die Tabelle die wesentlichen Regelungen bis einschließlich 2007 ab.

Das DRG-System kategorisiert aus medizinischer Sicht Behandlungsfälle und ordnet diesen je nach Leistungsaufwand Bewertungsrelationen zu, d.h. zugrunde liegt als Abrechnungseinheit der Behandlungsfall und nicht einzeln erbrachte Leistungsprozeduren bzw. die Anzahl der Behandlungstage im Krankenhaus. Das neue Entgeltsystem stellt keine Kostenerstattung sondern ein Pauschalleistungshonorar dar und hat entscheidend auf Behandlungsprozesse und Strukturen in Krankenhäusern eingewirkt. Die Pauschalvergütung wurde im Sinne einer leistungsorientierten Vergütung eingesetzt, die eine Optimierung von Behandlungsprozessen, Kosten und Zeit sowie in der Folge eine Bildung von Behandlungsschwerpunkten und Spezialisierungen in den Krankenhäusern bewirken sollte<sup>87</sup>. Zudem sollten die DRG-Entgelte den Leistungsvergleich von Krankenhäusern untereinander ermöglichen und die Notwendigkeit für Kliniken schaffen, sich im Wettbewerb und Benchmarking zu positionieren. Als Ergebnisse zeigten sich unter anderem die eingangs dargestellten Entwicklungen in Verweildauerverkürzung der Krankenhausbehandlungen und Bettenabbau (Hajen et al., 2010; Schmidt-Rettig, 2008b; Metzger, 2004).

Die ärztliche Diagnosestellung als Grundlage für die entsprechende Abrechnungskategorie besitzt in diesem Entgeltsystem eine enorme ökonomischen Relevanz (Schmidt-Rettig, 2008b; Metzger, 2004). Dies führte im weiteren Verlauf nicht nur zu einer Veränderung in der medizinischen Dokumentation, mit Medizin-Controlling und DRG-Beauftragten wurden in vielen Kliniken völlig neue Organisationsstrukturen etabliert (Rapp, 2010; Diefert & Rapp, 2008).

KritikerInnen bestreiten, dass die Verweildauerreduzierung automatisch mit einer Reduzierung der Kosten gleichgesetzt werden kann. Sie weisen zudem auf die damit verbundene Leistungsverdichtung hin; möglich ist auch eine Qualitätsverminderung der Leistung durch Unterlassung notwendiger Therapien oder vorzeitiges Entlassungsmanagement, dies würde eine Kostenverlagerung auf andere Versorgungsektoren bedeuten<sup>88</sup> (Hajen et al. 2010; Rapp, 2010). Schellinger (2004) sieht aus einer juristischen Perspektive unter Einhaltung der Forderung der Wirtschaftlichkeit sogar die Berechtigung für KrankenhausträgerInnen, bei der Wahl von diagnostischen und therapeutischen Verfahren gesundheitliche Nachteile für PatientInnen in Kauf zu nehmen. Aber *„selbstverständlich muss der Patient (...) auf die Möglichkeit*

---

<sup>87</sup> Ab 2003 konnten Krankenhäuser freiwillig über das DRG-System abrechnen, um das neue Entgeltsystem attraktiv zu gestalten, wurden diesen Krankenhäusern zunächst ihre Budgets nicht gekürzt. Ende 2003 hatten 56% der Krankenhäuser in Deutschland ihre Leistungen nach dem G-DRG-System 1.0 abgerechnet. Die endgültige flächendeckende Einführung war für 2005 vorgesehen, wurde aber nach dem Widerstand der Krankenhäuser durch das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz auf 2009 verschoben (Hajen et al., 2010; Metzger 2004).

<sup>88</sup> Der befürchtete Effekt der *„blutigen Entlassung“* soll neben professioneller Ethik und Behandlungsstandards durch die Kontrolle niedergelassener ÄrztInnen und das Risiko der Wiederaufnahme durch das (abgehaltene) Pauschalhonorar verhindert werden (Hajen et al., 2010, S.199).

*hingewiesen werden, über eine „private Liquidation“ in den Genuss optimaler Behandlungsbedingungen zu kommen“ (Schellinger, 2004, S.68).*

Anhand sinkender Krankenhausbettenzahlen und reduzierter Verweildauern sowie der Zunahme an ambulanten Therapien könnte davon ausgegangen werden, dass die Gesundheitsreformen ihre finanzielle Zielsetzung erreichen. Dennoch stiegen die Ausgaben für die Krankenhausversorgung (Hajen, et al., 2010). 1996 lagen die Gesamtkosten für Krankenhäuser bei 48 Milliarden Euro, 2002 belief sich die Summe auf knapp 55 Milliarden Euro und 2007 schlugen die Krankenhauskosten mit über 60 Milliarden Euro zu Buche (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2009). Zwar sind die Auswirkungen einer flächendeckenden DRG-Finanzierung auf die Gesamtkosten noch nicht abschließend zu beurteilen, aber Friedrich und Günster (2006) konnten zeigen, dass mit der DRG-Einführung in Deutschland eine verstärkte Dokumentation von abrechnungsrelevanten Nebendiagnosen zu verzeichnen war. Daraus resultierte eine Steigerung der so genannten Fallschwere in der DRG-Systematik. Dieses veränderte Dokumentationsverhalten führt wiederum zu steigenden Ausgaben für die Krankenhausversorgung. Eine solche Strategie der Erlösoptimierung wird als „Upcoding“ bezeichnet und findet sich überproportional häufig in den Geburtskliniken (vgl. Kapitel 3.2.2). Aber auch zunehmende Verlagerung der Behandlungen von Erkrankungen geringerer Fallschwere in ambulante Versorgung führt im Gegenzug insgesamt zu einer Steigerung der Fallschwere in Krankenhäusern. Zudem sind zusätzliche Kosten für die Krankenhäuser durch Arbeitszeitgesetzänderungen, die Abschaffung der Ausbildungsphase „ÄrztInnen Im Praktikum“, die relativ hohen Tarifabschlüsse für das ärztliche Gehalt im Jahr 2006<sup>89</sup> (vgl. Kapitel 3.3.1), die Mehrwertsteuererhöhung von 16 auf 19% im Jahr 2007 und stark gestiegenen Energiekosten entstanden. (Hajen et al., 2010; Berger & Stock, 2008).

2006 wurde das Volumen eines anstehenden Abbaus von „unrentablen“ Krankenhausbetten in Deutschland noch auf 15 bis 30% geschätzt (Hajen et al., 2010). Die Krankenhäuser stehen somit zunehmend unter enormem Wettbewerbsdruck. Nicht nur neue Gesetze und Finanzierungsreformen erfordern eine leistungsorientierte Anpassung an den Krankenhausmarkt, ebenso werden bei einer veränderten gesellschaftlichen Werthaltung nicht nur qualitativ hochwertige medizinische Leistungen gefordert, sondern auch Pflege- und Unterbringungsstandards auf hohem Niveau erwartet. Krankenhausstrukturen unterliegen starken Veränderungen; Personalentwicklung, Kostenmanagement, Qualitätsmanagement, Spezialisierungen, Kooperationen sowie Fusionen gewinnen als Anpassungsstrategien auf veränderte Rahmen-

---

<sup>89</sup> Die Kosten für den ärztlichen Dienst an den Gesamtkosten der Krankenhäuser stiegen von 15,8% im Jahr 2004 auf 16,6% in 2008 (Destatis, 2009; Oswald, 2008).



bedingungen an Bedeutung. Im Zuge dessen rücken aber auch Marketing-Strategien für Krankenhäuser immer stärker in den Vordergrund.

### **Marketing-Strategien im Krankenhaus-Wettbewerb**

Für die langfristige Existenzsicherung eines Krankenhauses sieht Arnold (2008) die Notwendigkeit zur Werbung um PatientInnen und Krankenkassenverträge mit zunehmender Fokussierung auf KundInnenservice und auf professionelle Informationspolitik. Die Grundlage hierfür stellt Marketing als *„spezifische Denkhaltung (...) im Dienstleistungsunternehmen Krankenhaus“* dar (Arnold, 2008, S.521). Weis (2001) definiert Marketing als *„Philosophie und Konzeption des Planens und Handelns, bei der (...) alle Aktivitäten eines Unternehmens konsequent auf die gegenwärtigen und künftigen Erfordernisse der Märkte ausgerichtet werden, mit dem Ziel der Befriedigung von Bedürfnissen des Marktes und der individuellen Ziele“* (Weis, 2001, S.19). Das Dienstleistungsmarketing eines Krankenhauses sollte nach Arnold (2008) auf fünf Zielgruppen ausgerichtet sein. Dazu zählt sie die MitarbeiterInnen als DienstleistungserstellerInnen, die niedergelassenen ÄrztInnen<sup>90</sup> als LeistungsveranlasserInnen, die gesetzlichen Krankenkassen als LeistungsfinanziererInnen, die Öffentlichkeit als potentielle Kundschaft und die PatientInnen als LeistungsempfängerInnen. Letztere stehen im Mittelpunkt, da ihre Inanspruchnahme der Gesundheitsleistung und ihre Meinungsmultiplikationsfunktion den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses maßgeblich beeinflussen. Die nutzerInnenorientierte Krankenhausversorgung nimmt also auch aus der Marketingperspektive eine zentrale Rolle ein.

Daran anknüpfend stellt Arnold (2008) fest, dass die Interaktionsgestaltung zwischen KundInnen und Personal ein wichtiger Bestandteil der Angebotspolitik des Krankenhauses ist, um damit das vorhandene Leistungsspektrum besser zu positionieren und Absatzsteigerungen zu realisieren. Als konkrete Beispiele für Gewinnung bisheriger „NichtverwenderInnen“ von Krankenhausdienstleistungen nennt sie: Gezielte Kommunikationsmaßnahmen über Leistungsangebote wie neue Diagnose- und Therapieverfahren, Angebote von Präventionsleistungen (z.B. Manager-Check-up), Angebote von Selbstzahlungsleistungen im kosmetisch-ästhetischen Bereich oder selbst zu zahlende Wellness- und Fitnessangebote mit Hotelversorgung als stationäre Kurmaßnahmen. *„Durch Erbringung von zusätzlichen medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen werden damit neue Erlösquellen für das Krankenhaus geschaffen“* (Arnold, 2008, S.553). Da der Gesetzgeber die Gestaltung für diese Wahlleistungen nicht limitiert, schreibt Arnold diesem Bereich der Krankenhaus-

---

<sup>90</sup> Dienstleistungsmarketing für niedergelassene ÄrztInnen kann beispielsweise aus speziellen Fortbildungsangeboten an Kliniken oder Versendung regelmäßiger Newsletter bestehen (Franke, 2007). In die Kritik geraten sind die *„Zuweisepauschalen“* als Boni für die Überweisung von PatientInnen in Krankenhäuser (Flintop & Rieser, 2009, S. C 1529).

versorgung bei entsprechenden finanziellen und infrastrukturellen Gegebenheiten ein erhebliches wirtschaftliches Potential zu.

Franke (2007) sieht in zusätzlichen Angeboten ebenfalls große Chancen für Krankenhäuser Gewinne zu erwirtschaften. Als Konzepte werden „*Patientenhotels als Säule der Krankenversorgung*“ (Franke, 2007, S.209) und Einrichtung von Servicegesellschaften<sup>91</sup> (z. B. Catering durch Hostessen-Service) in Kliniken angeführt. Die Marktöffnung der Krankenhäuser für NutzerInnen aus anderen Ländern durch Medizin-Tourismus („*Med in Germany*“) als Gesamtpaktleistung in direkter Zusammenarbeit mit regionalen Touristikangeboten wird ebenfalls als Wettbewerbsinstrument für die Kliniken propagiert<sup>92</sup> (Schwenger-Holst, 2006, S.727). Auch dem Ambiente und der architektonischen Ausstattung werden große Bedeutung im Wettbewerb um die Existenzsicherung der Krankenhäuser zugeschrieben, so werden Räumlichkeiten immer mehr als „*Design-Faktor für die Imagebildung*“ einer Klinik genutzt (Mühlbauer, 2006, S.244). Zugleich erscheinen bauliche Konzeptionen, die von rein stationärer Leistungserbringung des Krankenhauses geprägt sind, nicht mehr wettbewerbsfähig.

### **Wettbewerbsfähigkeit und Krankenhausprivatisierung**

Die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser wird also auch entscheidend durch ihre Investitionsmöglichkeiten bestimmt, diese sind jedoch je nach Trägerschaft sehr unterschiedlich. TrägerInnen der Krankenhäuser sind die Länder, Gemeinden, Wohlfahrtsverbände, Kirchen oder privatwirtschaftliche Krankenhauskonzerne. Die Investitionsförderung der öffentlichen Krankenhäuser durch die Länder sank von 1991 auf 2006 um 44% (Hajen et al., 2010). Schmidt-Rettig (2008a) bezeichnet dies als „*verdeckte Monistik*“ (alleinige Finanzierung durch die Krankenkassen), welche in der Konsequenz zu Verschiebungen innerhalb der Trägerschaften in der Krankenhauslandschaft und zur fortschreitenden Privatisierung des Krankenhauswesens führt (Schmidt-Rettig, 2008a, S.391). 1994 stellten die privaten Krankenhäuser 5,4% aller Krankenhausbetten in Deutschland, 2004 waren es schon 11,1% (Oswald, 2008).

Bei der Aufteilung des deutschen Krankenhausmarktes ist zunehmend ein Aufkauf von kommunalen Häusern durch große private Klinikgruppen festzustellen, die über umfangreiche Marketingstrategien und entsprechende Mittel für deren Umsetzung

---

<sup>91</sup> So „*bietet sich die Möglichkeit, bei Mitarbeitern, die neu in der Servicegesellschaft eingestellt werden, einen im Vergleich zu den direkt im Krankenhaus beschäftigten Mitarbeitern günstigeren Tarifvertrag abzuschließen*“ (Franke, 2007, S.194). Tariffucht durch Gründung von Leiharbeitsfirmen kann diese Strategie auch zutreffend beschreiben.

<sup>92</sup> 2007 ließen sich 70898 PatientInnen aus dem Ausland in deutschen Krankenhäusern behandeln, das entspricht 0,4 % aller PatientInnen. Mit diesen Zahlen weist das Deutsche Ärzteblatt im November 2009 auf die Einnahmequelle Medizintourismus hin (Spielberg, 2009).

verfügen (Neubauer, 2006). So nutzen insbesondere konzerngeführte Klinikgruppen ihre Internetauftritte, eigene Krankenhaus-Zeitschriften und die vom Gesetzgeber geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten zur Vermarktung der angebotenen Gesundheitsleistungen durch gezielte Zusatzinformationen, um ihre Außendarstellung unter einem Markenlabel in der Öffentlichkeit voranzutreiben (Franke, 2007; Norgall, 2007). Friedemann et al. (2009) haben die Lesbarkeit veröffentlichter Qualitätsberichte anhand formaler Meßmethoden überprüft. Sie stellten dringenden Handlungsbedarf für die Verbesserung der Verständlichkeit fest, eine „kundenInnen-orientierte Transparenz“ wird durch die derzeit verfügbaren Berichte nicht geschaffen: *„Um die Texte zu verstehen, bedarf es gemäß Lesbarkeitindizes mindestens der Allgemeinen Hochschulreife. Ihr Schwierigkeitsgrad ist vergleichbar mit dem philosophischer Abhandlungen“* (Friedemann et al., 2009, S.3f). Angesichts dessen scheint die vom Gesetzgeber intendierte Schaffung von mehr Transparenz bezüglich der Qualität medizinischer Leistungen in Krankenhäusern mehr als fraglich (Hajen et al., 2010; Norgall, 2007).

Böhlke et al. prognostizierten 2005 in einer Wirtschaftsstudie den meisten öffentlichen Krankenhäusern die Schließung und sahen den Anteil der Krankenhäuser mit privater Trägerschaft bis zum Jahr 2020 auf 30% steigen. Dieser Prozentsatz wurde allerdings schon 2010 erreicht, mittlerweile ist der Marktanteil (in Krankenhausbetten) privater Krankenhauskonzerne in Deutschland größer als in den USA<sup>93</sup> (Schulten & Böhlke, 2010).

Im politisch gewollten Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern wird auf Effizienzsteigerung gesetzt, primär wird der Wettbewerb aber über Personalkosten ausgetragen. Hier sind private Klinikkonzerne im Wettbewerbsvorteil, da sie meist nicht an Tarifverträge des öffentlichen Dienstes gebunden sind und Haustarifverträge abschließen. Zudem werden in privatisierten Kliniken die Personalschlüssel kostengünstig gestaltet. So mussten 2008 ÄrztInnen in privaten Krankenhäusern 25% mehr „Betten“ betreuen als ihre KollegInnen in öffentlichen Häusern (Schulten & Böhlke, 2010).

Private Krankenhäuser sind in weiten Teilen der politischen Einflussnahme entzogen und die Kapitalstärke der Konzerne erleichtert gleichermaßen strategische Neuausrichtungen sowie günstige Einkaufskonditionen. KritikerInnen befürchten, dass die „Konzernisierung“ von Krankenhäusern in einzelnen Regionen Versorgungsmonopol-Charakter annehmen kann (Neubauer, 2006). Die Renditen, die auf dem Kranken-

---

<sup>93</sup> Diesem Umstand trägt sogar der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und FDP 2009 Rechnung: Die Fusionskontrolle soll auch verstärkt im Krankenhausbereich angewendet werden (Hibbeler et al., 2009).

hausmarkt durch börsengezeichnete Klinikkonzerne erwirtschaftet werden, liegen bei zehn bis zwölf Prozent (Flintrop & Osterloh, 2010).

### **Der Systemwechsel im deutschen Gesundheitswesen – ein Resümee**

Die vorab skizzierte Entwicklung im deutschen Gesundheitswesen zeigt, dass mit der Implementierung neuer Finanzierungs- und Steuerungselemente der Paradigmenwechsel zur Gesundheitswirtschaft vollzogen wurde (Lohmann, 2006). Die Finanzierungsstruktur im deutschen Gesundheitssystem hat sich seit den 1990er Jahren massiv geändert: Auf der Einnahmeseite fand eine Entlastung öffentlicher Haushalte und ArbeitgeberInnen statt. Die Lasten wurden verstärkt auf private Haushalte und private Organisationen verschoben, der Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben durch die privaten Haushalte ist von 9,7% (1995) auf 13,2% (2006) gestiegen (Müller & Böhm, 2009). Diese politisch gewollte Entwicklung wird (in Abhängigkeit von der politischen Perspektive) mit der „Stärkung der Eigenverantwortung“ der Versicherten umschrieben (FDP, 2009).

KritikerInnen bezeichnen diese Entwicklung als *„Entsolidarisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung“* (Rakowitz, 2011, S. 22) und befürchten einen grundsätzlichen Systemwechsel: *„Das bisherige Sozialversicherungssystem soll langfristig in ein rein privatwirtschaftliches System umgewandelt werden“* (Simon, 2011, S.30) – obwohl bekannt ist, dass seit einigen Jahren die Ausgaben in der PKV schneller als in der GKV steigen (Flintrop, 2010).

Die Folgen einer zunehmend an Marktwirtschaft orientierten Ausgabenpolitik im Krankenhaussektor werden auch kritisch die *„Industrialisierung des Krankenhauswesens“* genannt (Vera, 2009, S.161). Ob sich die Neukonzeption der „DRG produzierenden Krankenhausfabrik“ aus ökonomischer Perspektive überhaupt rechnet, bleibt unklar. Die eigentliche Wertschöpfung, die in Interaktionen mit PatientInnen erbracht wird, lässt sich nicht in der Jahresbilanz eines kapitalmarktfähigen Krankenhauses ausweisen (Vera, 2009). Noch Ende der 1990er Jahre wies der SVR (1997) darauf hin, dass die Umstrukturierung des Gesundheitswesens in einem sozial gebundenen Wettbewerbsrahmen verortet sein muss, der Wohlfahrt, Wachstum und Beschäftigung als tragende Zieldimensionen und Wirkungen des Gesundheitswesens anerkennt und unterstützt. Mittlerweile ist das Krankenhaus als ein grundlegendes und lebensnotwendiges Element des Versorgungssystems des Sozialstaates so sehr „verbetriebswirtschaftlicht“, dass PatientInnen zu „externen Einflussfaktoren“ der zu optimierenden Prozessabläufe und des zu erzielenden Gewinns werden.

Diskussionen um alternative Finanzierungsansätze wie die „Bürgerversicherung“, die alle Einkommen und Einkommensarten gleichmäßig belastet, und eine ausschließlich monistische Finanzierung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen werden

seit längerem geführt. Die „Bürgerversicherung“ findet derzeit keine politische Mehrheit. Die monistische Krankenhausfinanzierung würde einerseits eine Aufstockung der Fallpauschalen um einen Investitionszuschlag bedingen, andererseits befürchten KritikerInnen, dass die Krankenkassen dann zu weitreichende Einflussmöglichkeiten hinsichtlich der stationären Versorgungskapazitäten erhalten (Flintrop, 2009; Clade, 1999). Zugleich stecken Versorgungskonzepte, die eine Abkehr vom rein am finanziellen Erlös orientierten Wettbewerb bewirken sollen, wie „Vom Preiswettbewerb zum Qualitätswettbewerb“ oder „pay for performance“ in Deutschland noch in ihrer Anfangsphase (Burgdorf et al., 2009; Rexin, 2008; Gruhl & Klemperer, 2008).

Eine den Strukturwandel im Krankenhaussektor begleitende Versorgungsforschung ist dringend notwendig und findet erst allmählich statt. Welche Auswirkungen dieser Wandel speziell für Geburtskliniken nach sich zieht wird im nächsten Abschnitt in den Blick genommen.

### **3.2.2 Der Wettbewerb in dem Wirtschaftsmarkt Geburtskliniken**

Die Entwicklung zu marktwirtschaftlicher Wettbewerbsorientierung im Krankenhaussektor führte auch zu zunehmender Konkurrenz unter den Geburtskliniken. Diese Wettbewerbssituation verschärft sich noch – im Gegensatz zu anderen Fachrichtungen – durch das seit Jahren niedrige Geburtenniveau in Deutschland. Nach dem so genannten Baby-Boom setzte sich seit Mitte der 1960er Jahre europaweit der Trend zu rückläufigen Geburtenraten bis heute fort. Als Ursache hierfür werden zumeist die Möglichkeit zur Geburtenplanung und ein gesellschaftlicher Wandel in der Einstellung zur Familie angeführt (Rehfeld, 2004).

1990 wurden im wiedervereinigten Deutschland 905.675 Lebendgeborene verzeichnet, im Jahr 2000 waren es 766.999 und 2009 noch 651.000. Als eine Kennziffer für die Geburtenentwicklung wird die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau angegeben. 1950 lag diese in der Bundesrepublik bei 2,1 und 1970 bei 2,01 pro Frau (Rehfeld, 2004). 2009 belief sich die durchschnittliche Kinderzahl auf 1,36, im EU-Vergleich befand sich Deutschland damit auf dem letzten Platz (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012b; Destatis, 2010a).

#### **Die Geburtskliniken zwischen Bettenabbau und „Upcoding“**

Als Konsequenz kontinuierlich rückläufiger Nutzungsgrade geburtsmedizinischer Abteilungen und der damit verbundenen sinkenden ökonomischen Rentabilität erfolgte ein Konzentrationsprozess von stationär-geburtsmedizinischen Einheiten, knapp ein Viertel der Abteilungen wurden von 1994 bis 2008 geschlossen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012c; Dietl, 2001).

Die Analyse von Daten der Krankenhausstatistik von 1991 bis 2007<sup>94</sup> ergibt, dass nach augenheilkundlichen Abteilungen (-46%) die Bereiche Gynäkologie und Geburtsmedizin am stärksten vom Bettenabbau betroffen waren (-42,9%). Die Anzahl aller Krankenhausbetten in Deutschland sank in diesem Zeitraum um 23,9%. Während der Bettenabbau in der Ophthalmologie durch eine deutliche Verschiebung der therapeutischen Versorgung in den ambulanten Bereich zurückzuführen ist, wird die Entwicklung in den Frauenkliniken wesentlich durch den Geburtenrückgang bedingt. Des Weiteren hat sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patientinnen in Frauenkliniken von 7,6 Tagen (1991) auf 4,9 Tage (2007) verkürzt, damit sank die Bettenauslastung in den Frauenkliniken – trotz des massiven Bettenabbaus – von 77,4% (1991) auf 62,7% im Jahr 2007<sup>95</sup> (Destatis, 2008b).

2007 wurden von insgesamt 16,6 Millionen vollstationär behandelter PatientInnen 2,2 Millionen so genannte Fälle in Frauenkliniken registriert. Damit lagen die Frauenkliniken nach den Abteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie auf dem dritten Platz der meisten vollstationären Behandlungsfälle (Destatis, 2008b).

Die drei häufigsten Hauptdiagnosen bei Frauen in der Altersgruppe 15 bis 45 Jahre waren im Jahr 2007 Spontangeburt eines Einlings (ICD-Kodierung O 80), Dammriss unter der Geburt (O 70) und Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Gefahrenzustand (O 68). Versorgung gesunder Neugeborener und Entbindung ohne komplizierende Diagnose waren 2007 die am häufigsten abgerechneten DRG-Fallpauschalen mit 3,3% bzw. 2,1% aller Krankenhausfälle (Destatis, 2008b).

Auffällig ist bei diesen drei Diagnosen die Häufigkeit von „Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Gefahrenzustand“ (O 68). Heller und Schmidt (2006) weisen darauf hin, dass sich allein diese Diagnose von 2001 zu 2003 fast vervierfacht hat. Zudem stellen sie fest, dass in der Krankenhausdiagnosestatistik seit den veränderten Abrechnungsbedingungen durch die DRG-Einführung pathologische Diagnosen im geburtsmedizinischen Bereich den stärksten Zuwachs zeigen. Sie werfen die Frage auf, *„ob die aktuellen Entlassdiagnosen eine realistische Abbildung der Morbiditätsstruktur der Geburten zeigen (Right Coding), oder ob Anzeichen dafür bestehen, dass über das Ziel einer Abbildung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne eines erlösoptimierenden Upcoding hinausgeschossen wurde“* (Heller & Schmidt, 2006, S.299). Ein Vergleich mit korrespondierenden Daten der externen Qualitätssicherung durch die Autoren konnte dies nicht sicher ausschließen. Dies

---

<sup>94</sup> Der Erhebungszeitraum der empirischen Daten für die vorliegende Studie lag in den Jahren 2007 und 2008, aus diesem Grund fokussiert dieser Abschnitt der Arbeit auf Daten der Geburtskliniken in Deutschland aus diesen Jahren.

<sup>95</sup> Die durchschnittliche Auslastung aller Krankenhausbetten sank im gleichen Zeitraum von 84,1% auf 77,2% (Destatis, 2008b).

stützt die Vermutung von Friedrich und Günster (2006), dass durch ein verändertes Dokumentationsverhalten nach der DRG-Einführung eine Erlösoptimierung angestrebt wird. Die verstärkte Dokumentation von pathologisch-geburtsmedizinischen Diagnosen kann auch als Hinweis auf eine Strategie der Existenzsicherung im massiven Verdrängungswettbewerb unter den Entbindungskliniken gedeutet werden.

### **Wettbewerb um Geburten – von der Marketingstrategie zur Werbekampagne**

Es verwundert also nicht, dass gerade im ökonomischen Wettbewerb des geburtsmedizinischen Krankenhaussektors Marketing zur Existenzsicherung eine bedeutende Rolle spielt.

Marketingstrategien für Entbindungskliniken werden mittlerweile in der Fachpresse als zukunftsweisendes Wettbewerbsmodell für das gesamte Krankenhaus propagiert, da sich diese als „Gesundheits-Vorzeigabteilungen“ und „ideale Imagerträger“ eignen (Riegl, 2008, S.31). So bezeichnet Riegl (2008) in einem Artikel in „Der Gynäkologe“ das hohe BesucherInnenaufkommen der Wöchnerinnenstation als den perfekten Multiplikatoreffekt für das gesamte Krankenhaus und betrachtet vor allem die jungen BesucherInnen als potentielle KlinikpatientInnen und als die „künftigen Komfort-Zielgruppen für Wahl- und Privatleistungen“ (Riegl, 2008, S.35).

In diesem Artikel fokussieren Riegls Empfehlungen im Sinne von Qualitätsoptimierung für Geburtskliniken – neben mehr Information und Aufklärung vor der Aufnahme zur Entbindung und einigen Prozessverbesserungen im Wehenstadium (z.B. kein Hebammenwechsel) und postpartum (z.B. verbesserte Stillförderung) – vor allem auf Wettbewerbsstrategien wie Gastronomiequalität, Zimmerkomfort (mit Angebot einer Tageszeitung) oder werbewirksame „Storchenparkplätze“ vor der Klinik (Riegl, 2008)<sup>96</sup>. Das von Riegl gezogene Fazit *„Die Qualität einer Geburtsklinik ist für werdende Mütter nicht so, wie sie tatsächlich ist, sondern wie die Frauen glauben, dass sie sei“* (Riegl, 2008, S.32), zeigt, dass nicht die Verbesserung der geburtsmedizinischen Versorgung und deren Transparenz für mündige Nutzerinnen im Vordergrund seiner Überlegungen stehen. Laut Riegl müssen Professionelle der Geburtskliniken auch *„manchmal unbequeme Qualitätsleistungen rund um die Geburt“* erbringen (Riegl, 2008, S.28), denn *„(...) wenn man Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen noch besser behandelt als Kundinnen, (...) so entsteht wirkungsvolle Mundpropaganda, die bis zur kultartigen Verehrung der Klinik führt“* (Riegl, 2008, S.34).

---

<sup>96</sup> Auch für Husslein (2008) gewinnt der Charakter von „Service-Einrichtungen eines Luxushotels“ (Husslein, 2008, S.698) für geburtsmedizinische Einrichtungen immer mehr an Bedeutung.

Riegls Artikel gibt Anlass zu Befürchtungen, dass (so zur Schau getragene) Familienorientierung von Geburtskliniken nicht automatisch auf Vorliegen und Umsetzung inhaltlicher Konzepte einer frauen- und familienorientierten geburtsmedizinischen Versorgung schließen lässt. Vielmehr scheinen sich Marketing-Konzepte auf Bilder von NutzerInnen der klinischen Geburtsmedizin zu stützen, die den Vorstellungen von partizipativer oder selbstbestimmter Entscheidungsfindung im medizinischen Versorgungssystem konträr entgegen stehen, ökonomischer Instrumentalisierung dienen und eher Züge von „Entmündigung“ aufweisen.

NutzerInnen des Gesundheitssystems sind jedoch sehr wohl in der Lage, Qualität in der Versorgung zu erkennen und bei Defiziten Konsequenzen durch ihre (Nicht-)Inanspruchnahme zu ziehen (Stroth et al., 2007). Diese NutzerInnenkompetenz setzt aber eine entsprechende Informationskultur und -struktur im Gesundheitswesen voraus (Gruhl & Klemperer, 2008). Allerdings erscheint für deren weitere Entwicklung die zunehmend von marketingstrategischen Überlegungen geprägte Informationspolitik im Wettbewerb der Kliniken kontraproduktiv.

Weitere Hinweise auf entsprechend vom Marketing geprägte Konstrukte von NutzerInnen der geburtsmedizinischen Krankenhausversorgung liefert Franke (2007) in seinem Lehrbuch zu Krankenhaus-Management. Als gelungenes Marketing-Beispiel im geburtsmedizinischen Bereich beschreibt der Autor die regelmäßigen Informationsveranstaltungen der Geburtskliniken des Helioskonzerns. Das Erfolgskonzept liegt nicht etwa in einer nutzerInnen-freundlichen Informationsaufbereitung, die zum Verständnis von möglichen geburtsmedizinischen Prozessabläufen während des stationären Aufenthaltes dienen könnte. Zum Kampagnenerfolg tragen – laut Franke – die Geschenke mit dem Helios-Logo in der grünen Markenfarbe des Klinikkonzerns bei, zum Beispiel Babyschlafsäcke, die an die werdenden Eltern im Veranstaltungsrahmen verteilt werden. Der Autor führte eine Erhöhung der Geburtenrate um fünf Prozent in den konzerneigenen Entbindungskliniken explizit auf diese Markenstrategie zurück (Franke, 2007). Auch Arnold (2008) weist in ihrem Fachartikel Klinikmarkenzeichen zentrale kommunikationspolitische Bedeutung zu und nennt als geeignete Visualisierungsmöglichkeiten beispielsweise kleine Präsenze wie Babystrampler.

Werbung wird also unverhohlen als strategisches Marketinginstrument in Fachbüchern über Konzepte des Krankenhausmanagements beschrieben (Arnold, 2008; Franke, 2007). Der Gesetzgeber schränkt zwar Handlungsspielräume für Werbeaktivitäten im Heilwesen mit dem Heilmittelwerbe-gesetz (HWG), dem Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) und der Muster-Berufsordnung für ÄrztInnen (MuBo) ein, doch hat diese Gesetzgebung im Zuge des politisch gewollten Wettbewerbs im Gesundheitssektor schon eine deutliche Liberalisierung erfahren (BMJ, 2010; Arnold, 2008). Zudem werden in der Fachliteratur Strategien zur Verschleierung von



Werbeaussagen empfohlen. So zählt für Franke (2007) die Pressearbeit zu den optimalen Instrumenten einer erfolgreichen Klinikvermarktung, da *„Berichte in den Medien (...) von den Patienten weniger stark als offensichtliche Werbung angesehen [werden]“* und *„Presseartikel (...) in der Wahrnehmung der Leser eine höhere Glaubwürdigkeit als Werbeanzeigen [haben]“* (Franke, 2007, S.292).

Gerade Pressemitteilungen aus Geburtskliniken treffen auf großes Medieninteresse und scheinen sich als emotionale Werbeträger gut zu eignen. Berichte über Entbindungen von Prominenten oder Meldungen zu den ersten Geburten eines neuen Jahres werden in den Medien regelmäßig verbreitet (dpa, 2010).

### **CMI – die Bedeutung der Relativgewichte in den Geburtskliniken**

Großer Wert wird im Wettbewerb des geburtsmedizinischen Krankenhaussektors aber insbesondere auf den „richtigen Casemix-Index“ gelegt (Riegl, 2008). Im DRG-System entspricht der Casemix-Index (CMI) dem arithmetischen Mittel aller erbrachten Relativgewichte. Jeder DRG ist ein Relativgewicht zugeordnet, welches angibt, wie viel teurer oder billiger der aktuelle Fall im Vergleich zu einem Standardfall (Relativgewicht = 1) ist. Somit stellt der CMI die durchschnittliche ökonomische – nicht medizinische – Fallschwere einer Krankenhausabteilung dar (Metzger, 2004).

Die DRG-Eingruppierung erfolgt auf der Datengrundlage der Diagnosen nach ICD-10. Für das Abrechnungsverfahren haben neben den Diagnosen die so genannten Prozeduren und Maßnahmen (darunter vor allem die chirurgischen und geburtsmedizinischen Operationen) die größte Bedeutung. Diese werden mit dem vier- oder fünfstelligen Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert (Graubner, 2010).

Als besonders anschauliche Praxisbeispiele zur Bedeutung des CMI werden gerne (fiktive) Fälle von Geburtskliniken benutzt (Rapp, 2010; Metzger, 2004).

Die ökonomische Relevanz und Brisanz der Relativgewichte lässt sich gut anhand der bundesweiten Daten der DRG-Statistik im Bereich Geburtsmedizin darlegen:

2007 war – nach der „Versorgung gesunder Neugeborener“ – die „Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose“ (Relativgewicht O 60D = 0,525)<sup>97</sup> die am häufigsten abgerechnete DRG-Fallpauschale mit 2,1% aller Krankenhausfälle, der Anteil am Gesamterlösvolumen betrug hierfür allerdings nur 0,9% (Destatis, 2008b). Eine „Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen“ (O 60B) erhielt 2007 das Relativgewicht 0,696. Die Relativgewichte für Kaiserschnittentbindungen schwankten 2007 je nach Definition der Fallschwere zwischen 0,958 und 2,336 (Rolle, 2008). Die Bewertungsrelationen der DRGs werden vom Institut für das

---

<sup>97</sup> Die Multiplikation des Relativgewichts mit dem Betrag der jeweiligen Fallpauschale ergibt den so genannten Basisfallwert (Klauber & Friedrich, 2008).

Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) festgelegt und in regelmäßigen Abständen neu kalkuliert. Daraus ergeben sich in unterschiedlichen Jahren unterschiedliche Relativgewichte (Knape, 2010).

Durch verstärkten Einsatz von Prozeduren nach der OPS-Kodierung kann also Einfluss auf die DRG-Eingruppierung beziehungsweise auf das Relativgewicht genommen werden. Die drei häufigsten Operationen bei Frauen in der Altersgruppe 15 bis 45 Jahre waren im Jahr 2007 alles geburtsmedizinische OPS-Prozeduren: Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur postpartum (Dammriss, 5-758), andere Sectio caesarea (Sonstiger Kaiserschnitt, 5-749) und Episiotomie und Naht (Dammchnitt, 5-738) (Destatis, 2008b). Feige stellt entsprechend fest, dass „*die Verlockung groß [ist]*“, entweder durch „*optimierte Kodierung*“ mit verstärkter Dokumentation von geburtsmedizinischen Pathologien oder „*durch Indikationsänderung im Leistungskatalog*“ den Erlös der Geburtskliniken zu steigern (Feige, 2008, S.42).

### **Erlössteigerung durch steigende Kaiserschnittraten?**

Die Abhängigkeit der Kaiserschnittraten vom Versicherungsstatus der Frauen ist seit langem bekannt und gleichfalls mit der Argumentation in der Kritik, dass hierfür ökonomische Überlegungen zugrunde liegen. So weisen privat versicherte Frauen international überdurchschnittlich hohe Prozentsätze an Schnittentbindungen auf (Hirle, 2009; Ryan et al., 2005; Schücking, 2004; Béhague, 2002; Fabri & Murta, 2001; Murray & Pradenas, 1997; Clarke & Taffel, 1995). Gleichwohl finden sich in der Literatur auch Hinweise, die diesen Zusammenhang in Frage stellen: Grant (2005) weist bei der Analyse von geburtsmedizinischen Daten aus Florida darauf hin, dass finanzielle Gründe nicht signifikant die höheren Kaiserschnittraten bei Privatversicherten erklären: „*Factors associated with the physician-mother relationship also influence cesarean rates*“ (Grant, 2005, S.6).

Die zuvor dargestellten höheren Relativgewichte für Kaiserschnitte stützen jedoch die Vermutung, dass Schnittentbindungen (auch für deutsche Kliniken) „lukrativer“ sind als Spontangeburt. DRG-Vergütungen scheinen diese These ebenfalls zu belegen:

2007 erfolgte die bis dato höchste Vergütung für Sectio-DRG-Gruppierungen und auch 2008 ergab sich eine Vergütungsdifferenz zwischen unkomplizierter Sectio und unkomplizierter vaginaler Entbindung von mehr als 1000 Euro (Knape, 2010). Laut DRG-Statistik stellten Krankenhäuser 2008 im Schnitt für eine vaginale Entbindung ohne Komplikationen knapp 1500 Euro in Rechnung, für eine Entbindung durch Kaiserschnitt wurden durchschnittlich 2550 Euro berechnet (Destatis, 2010b).

Die unterschiedliche Vergütung von komplikationslosen, vaginalen Entbindungen im Vergleich zu Geburten mit medizinischen Interventionen bis hin zum Kaiserschnitt

wird seit langem von KritikerInnen dieses Abrechnungssystems angemahnt (Hirle, 2009; Sayn-Wittgenstein, 2007; Lutz & Kolip, 2006; Jonas, 2002).

Die Autorinnen bemängeln, dass das DRG-System den Leistungsaufwand verzerrt abbildet: Nach Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der GVK-Spitzenverbände werden pro Geburt 780 Minuten Arbeitszeit zugrunde gelegt. Leistungen, die durch Hebammen währenddessen erbracht werden, lassen sich jedoch nicht analog einer OPS-Kodierung dokumentieren und werden zur DRG-Kalkulation nicht erfasst (Sayn-Wittgenstein, zu, 2007). Bei geplanten Schnittentbindungen, deren Operationsdauer 15 bis 30 Minuten beträgt (Dyson, 2010; Penna & Arulkumaram, 2003; Litschgi, 2001), entfallen für die Klinik (theoretisch) Vorhalteleistungen (z.B. Kreißsaalbereitschaft); dies bedeutet unterm Strich einen noch größeren Erlös als sich zunächst aus der Differenz der DRG-Vergütungen ergibt. Diese ökonomischen Anreize können die Verwandlung physiologischer Ereignisse in medizinische Prozeduren bewirken, da die entsprechende Pathologisierung zur Erwirtschaftung von höheren Erträgen der Geburtsklinik führt.

Feige berechnete bei der 2008 über 30% liegenden Kaiserschnitttrate in Deutschland, dass das Absenken der Rate auf 20% eine Reduktion der jährlichen Ausgaben der Solidargemeinschaft von 100 Millionen Euro zur Folge hätte. Diese Daten bestätigen die vorausgegangene volkswirtschaftliche Analyse von Feige aus dem Jahr 2001, hier zeigten sich bei einer Steigerung der Kaiserschnitttrate um 1% Mehrausgaben von 22 Millionen DM. Internationale Veröffentlichungen belegen, dass – bei ebenfalls in den jeweiligen Gesundheitssystemen bestehenden unterschiedlichen Geburtsmodi-Vergütungen – vergleichbare Einsparpotentiale existieren (Plante, 2006; Penna & Arulkumaram, 2003; Henderson et al., 2001; Kerr-Wilson, 2001; Eckerlund & Gerdtham, 1998; Brown, 1996; Shearer, 1993; Harper & Hall, 1991).

Feige (2001) weist aber auch darauf hin, dass der betriebswirtschaftliche Erlös von der Struktur der Geburtsklinik abhängig ist. Insbesondere Kliniken mit geringerer Personalvorhaltung können über ansteigende Frequenzen bei primären Sectiones höhere Erlöse erzielen: So zeigen sich in kleinen geburtsmedizinischen Krankenhauseinheiten mit entsprechend geringer personeller Vorhaltung auffällig hohe Kaiserschnittraten (Kolip et al., 2012). 2008 betrug die Sectionrate in Krankenhäusern bis unter 50 Betten über 40%<sup>98</sup> (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012d).

---

<sup>98</sup> In Krankenhäusern mit über 800 Betten (beispielsweise Universitätskliniken mit einem vergleichsweise hohen Anteil an so genannten geburtshilflichen oder Schwangerschaftsrisiken) lag die Kaiserschnitttrate 2008 „nur“ bei 33% (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012d).

Hornemann et al. (2008) haben Daten von 1252 Entbindungen einer Klinik aus dem Jahr 2006, darunter 633 vaginale Geburten und 159 primäre Schnittentbindungen, hinsichtlich finanzieller Rentabilität untersucht. Bei Spontangeburt wurde eine durchschnittliche Personalbindungszeit der Hebammen von 497 Minuten ermittelt, bei geplanten, primären Sectiones betrug diese im Mittel 255 Minuten. Nach Analyse der jeweiligen Personal- und Materialkosten ergaben die errechneten Erlöse für die beiden Geburtsmodi einen deutlichen Unterschied: Mit primären Sectiones wurde durchschnittlich ein Überschuss von 424,44 Euro erzielt, bei Spontangeburt liegt im Mittel ein Fehlbetrag von 155,91 Euro vor<sup>99</sup>. Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass betriebswirtschaftliche Gründe eine verstärkte Akzeptanz der geburtsmedizinischen Versorgung mit einem Kaiserschnitt bei KlinikärztInnen bewirken können. Sie warnen in diesem Zusammenhang vor einer Subventionierung spontaner Geburten durch geplante Kaiserschnitte und plädieren zugleich für eine höhere Vergütung der Spontangeburt. Hornemann et al. (2008) standen nach Veröffentlichung ihrer Berechnungen und Schlussfolgerungen in der Kritik.

Schwenzer und Schwenzer (2010) analysierten bundesweit Kostendaten und Fallmengen der Geburten-DRGs von 2005 bis 2009. Die Kosten wurden aus Daten der Kalkulationskrankenhäuser des InEK ermittelt, zur Erlösberechnung wurden Basisfallwerte der jeweiligen Bundesländer und die im entsprechenden Jahr gültigen Relativgewichte herangezogen. Beim Vergleich der errechneten Durchschnittswerte für vaginale Geburten und Schnittentbindungen kommen die AutorInnen zum Schluss, dass die Erhöhung der Kaiserschnittquote nicht automatisch zu höheren Erträgen der jeweiligen Geburtskliniken führt. Sie weisen zudem auf die große Spannweite der Erlöse zwischen den einzelnen Bundesländern hin. Die AutorInnen kritisieren die Publikation von Hornemann et al. (2008), da in deren Berechnung nur die direkten Personalkosten und nicht die Vorhaltekosten von geburtsmedizinischem Personal einbezogen werden (Schwenzer & Schwenzer, 2010).

Bei der Untersuchung der wirtschaftlichen Rentabilität einer geburtsmedizinischen Klinik der Maximalversorgung (Perinatalzentrum Level 1) anhand der Kosten und Erlöse der Geburten-DRGs des Jahres 2009 zeigt Seebach-Göbel (2010), dass in der entsprechenden Universitätsklinik mit komplikationslosen vaginalen Geburten ein höherer Gewinn erzielt wurde als mit Kaiserschnittentbindungen. Insbesondere weist die Autorin auf die hohen personellen Vorhaltekosten des ärztlichen Dienstes für die Sectiobereitschaft in einer Geburtsklinik der Maximalversorgung hin, die in der InEK-Kalkulation unterbewertet werden. Dieses Defizit wird in der untersuchten Geburtsklinik durch die hohe Anzahl (etwa 2000) der vaginalen Geburten ausgeglichen, da

---

<sup>99</sup> Die Durchschnittskosten für primäre Kaiserschnitte beliefen sich auf 2107,56 Euro bei einer Vergütung von 2532 Euro. Für Spontangeburt betrugen die Kosten im Mittel 1650,91 Euro bei Vergütung von 1495 Euro (Hornemann et. al, 2008).

diese Menge die Kosten für nichtmedizinische Infrastruktur (z.B. Kosten für Verwaltung, EDV, Energieversorgung, Reinigung, etc.) pro DRG-Fall deutlich unter die dafür kalkulierten Kosten des InEK sinken lässt<sup>100</sup>. Sie kritisiert, dass bei Erlösvergleichen zwischen vaginaler Geburt und Kaiserschnittentbindung häufig Kosten für nichtmedizinische Infrastruktur außer Acht gelassen werden; diese können jedoch bis zu 35% der Gesamtkosten einer Geburt betragen. Nach den Berechnungen der Autorin ist für die Kostendeckung einer Geburtsklinik also keine Steigerung der Kaiserschnitttrate notwendig, allerdings muss eine hohe Fallzahl von komplikationslosen vaginalen Geburten erreicht werden (Seebach-Göbel, 2010).

Von den rund 1000 geburtsmedizinischen Kliniken, die 2008 in Deutschland existierten, wiesen allerdings nur ca. 100 Kliniken 1500 oder mehr Geburten im Jahr auf (Dudenhausen, 2008). Rund 90% der Geburtskliniken erreichten somit nicht eine entsprechend hohe Geburtenrate, um eine Kostendeckung nach der Berechnung von Seebach-Göbel (2010) verwirklichen zu können. Ferner schätzt Dudenhausen (2008), dass zur geburtsmedizinischen Versorgung in Deutschland bei einer jährlichen Anzahl unter 700.000 Geburten 700 Geburtskliniken ausreichen. Dies macht wiederum deutlich, wie stark ausgeprägt der Wettbewerbsdruck und Konkurrenzkampf im geburtsmedizinischen Krankenhaussektor ist und dass gerade für kleinere Abteilungen die Entscheidung zur Schnittentbindung lukrativ sein kann.

Vor dem Hintergrund, dass es bis 2010 noch nicht gelungen war, bundeseinheitliche DRG-Basisfallwerte einzuführen und es sich noch nicht abzeichnet, wann die so genannte Konvergenzphase<sup>101</sup> (Phase der sukzessiven Angleichung der noch bundeslandspezifischen Abrechnungsparameter der Krankenhäuser) abgeschlossen sein wird, muss die Publikation von Hornemann et. al (2008) also mit Einschränkungen betrachtet werden. Die von den AutorInnen dargestellten Erlöse sind bundeslandspezifisch. Zudem erfolgte die Kostenrechnung klinikspezifisch, je nach Personalschlüssel und Prozessabläufen gestaltet sich der Gewinn für die jeweilige Geburtsklinik unterschiedlich.

Es kann festgehalten werden, dass die simple Gleichung „mehr Kaiserschnitte gleich mehr Geld“ der Komplexität der ökonomischen Strukturen offensichtlich nicht gerecht wird und es noch einer genaueren Betrachtung der finanziellen Rentabilität der Kaiserschnittentbindungen bedarf.

---

<sup>100</sup> Die InEK-Kalkulation betrifft acht Kostenbereiche: Ärztliche Personalkosten, pflegerische Personalkosten, Kosten des medizinisch-technischen Dienst, Arzneimittelkosten, Sachkosten für Implantate / Transplantate, Sachkosten für weiteren medizinischen Bedarf und die Personal- und Sachkosten für medizinische und nichtmedizinische Infrastruktur (Seebach-Göbel, 2010).

<sup>101</sup> Noch wird die DRG-Vergütung in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich berechnet, dazu wird jährlich der so genannte Landesbasisfallwert vereinbart (Klauber & Friedrich, 2008).

### **Die ökonomische Relevanz der Unterscheidung zwischen primären und sekundären Kaiserschnittentbindungen**

Vergleiche geburtsmedizinischer Kosten zwischen Deutschland und anderen Ländern sind schwierig zu bewerten, da in unterschiedlichen Gesundheitssystemen auch unterschiedliche Kostenkalkulationen zugrunde gelegt werden (z.B. Einbeziehung der Investitionskosten). Dennoch lassen Kostenvergleiche der verschiedenen Entbindungsmodi in anderen Gesundheitssystemen durchaus auch Rückschlüsse auf die ökonomischen Aspekte der geburtsmedizinischen Versorgung in Deutschland zu.

Allen et al. (2006) zeigen mit Daten aus Kanada, dass sekundäre Kaiserschnittentbindungen mit den höchsten Kosten für Geburtskliniken einhergehen. Spontangeburt, vaginal-operative Geburten und primäre Sectiones verursachten nach Berechnung der AutorInnen deutlich weniger Kosten. Die analysierten Daten ergaben allerdings für einen primären Kaiserschnitt nur geringfügig höhere Kosten als für eine Spontangeburt (Allen et al., 2006). Morrison und MacKenzie (2003) kommen mit Daten aus Großbritannien zu vergleichbaren Ergebnissen.

Bost (2003) gibt in einer Studie zu unterschiedlichen Kosten der Geburtsmodi für Geburtskliniken in Texas die Kosten von Spontangeburt bei Erstgebärenden sogar um 5,9% höher an als für primäre Schnittentbindungen. Bei Einlingen in Beckenendlage am Termin ermitteln Palencia et al. (2006) durchschnittlich 12,2% höhere Kosten bei angestrebten, vaginalen Entbindungen im Vergleich zu geplanten Kaiserschnitten.

Petrou et al. (2001) werteten in einer Übersichtsarbeit 49 Studien zu Kostenanalysen der verschiedenen Entbindungsarten aus. Abschließend betonen die AutorInnen: *„Economic analyses of caesarean section should be subdivided by whether the delivery was planned before the labour (elective) or not (emergency), and by whether it was performed before the onset of labour (ante partum) or during labour (intra partum)“* (Petrou et al., 2001, S.159)<sup>102</sup>. Und auch die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2010a) konstatiert in ihrer Stellungnahme: *„(...) [die primäre Sectio] ist in vielen Fällen weniger kostenaufwendig als eine sich über viele Stunden, womöglich Tage hinziehende Geburt mit hohem Personalaufwand, die unter Umständen letztlich doch in einer sekundären Sectio endet“* (AG MedR der DGGG, 2010a, S.6).

Bei Vergleichen zwischen Vaginalgeburten und Schnittentbindungen wird nun deutlich, welche große Bedeutung die Unterscheidung von primären und sekundären Kaiserschnitten für die wirtschaftliche Rentabilität hat. Die Stärke der Studie von

---

<sup>102</sup> Bei Kosten-Nutzen-Analysen hinsichtlich der unterschiedlichen Entbindungsarten lassen sich in der Fachliteratur kaum Studien mit einem „intention-to-treat“-Ansatz finden.

Hornemann et al. (2008) liegt somit im Vergleich der Kosten-Erlös-Relationen von vaginalen Geburten und primären Kaiserschnittentbindungen. Hierbei ist es durchaus legitim, bei geplanten Schnittentbindungen die Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst zur Sectio nicht zu berücksichtigen. Hingegen benutzen sowohl Schwenzer und Schwenzer (2010) als auch Seebach-Göbel (2010) in ihren Berechnungen Kaiserschnitt-DRG-Gruppierungen, die keine Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Sectio zulassen.

Die Studie von Schwenzer und Schwenzer (2010) ergibt im zeitlichen Verlauf sogar – bei konstant bleibenden Kosten der vaginalen Geburten – im Mittel eine Senkung der Kosten für Kaiserschnitte. Die AutorInnen führen dies vor allem auf die gesunkene Verweildauer bei Schnittentbindungen zurück. Zusammenfassend kommen sie – etwas plakativ – zu dem Schluss: *„Nur derjenige, der sich völlig gegen das System stellen würde, indem er z.B. tagsüber elektive Sectiones durchführt und nachts die Geburtshilfe schließt, sodass keine Vorhaltekosten entstehen, könnte sich einen ökonomischen Vorteil verschaffen“* (Schwenzer & Schwenzer, 2010, S.196).

Verschiedene Publikationen weisen allerdings schon seit Jahren auf die zunehmende tageszeitliche Konzentration von Kaiserschnitten hin. An Werktagen und in der Kernarbeitszeit werden deutlich mehr Schnittentbindungen vorgenommen als an Wochenenden, Feiertagen und in den Nachtstunden (AG MedR DGGG, 2010a; Lechl & Reinhard, 2008; Lerchl, 2005; Librero et al., 2000; Chan et al., 1996; Shearer, 1993). Wagner kommentiert dies mit folgenden Worten: *„Elective CS is convenient; it allows the doctor to get closer to ‚daylight obstetrics‘“* (Wagner, 2000, S.1678).

Die Diskussion um Kosten und Erlöse der verschiedenen Geburtsmodi führte zu Konsequenzen bei den Kalkulationen der DRG-Vergütungen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

Die fehlende Unterscheidung zwischen primären und sekundären Kaiserschnittentbindungen in den DRG-Gruppierungen stellte ein grundlegendes Problem dar. Das InEK reagierte auf die zunehmende Kritik an diesen Abrechnungsmodalitäten und führte 2010 erstmals die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Schnittentbindung ein. Die DRG-Kodierungen O01F, O01G und O01H bilden nun primäre Kaiserschnitte ab, die Bewertungsrelationen wurden zunächst auf 0,999, 0,859 und 0,803 festgelegt. Damit wurde eine finanzielle Abwertung des primären Kaiserschnitts bewirkt, der Erlös einfacher primärer Sectiones ohne komplizierende Diagnose wurde für 2010 durchschnittlich um 14% gesenkt (Knape, 2010; Seebach-Göbel, 2010).

Knape (2010) berechnete die Ertragsunterschiede zwischen komplikationsloser primärer Sectio und Spontangeburt ohne Komplikationen mit den neuen DRG-Bewertungen und schlussfolgert, dass primäre Kaiserschnitte nunmehr *„keine hinreichenden ökonomischen Anreize mehr [bieten]“* und stellt die Frage *„inwieweit die ökonomischen*

*mischen Rahmenbedingungen tatsächlich einen relevanten Einfluss sowohl auf die Vermeidung als auch die Steigerung der Kaiserschnitte haben“ (Knape, 2010, S.181).*

Einige internationale Publikationen weisen jedoch auf keine bis geringe Auswirkungen bezüglich der Kaiserschnittraten durch eine veränderte Vergütungspraxis der Geburtsmodi hin. In Brasilien wurden schon 1980 Entbindungen unabhängig vom Geburtsmodus mit einem Einheitshonorar vergütet, eine Senkung der Kaiserschnitttrate trat allerdings nicht ein (Béhague, 2002). Für Béhague stellen die kürzere und planbarere Personalbindungszeit bei primären Kaiserschnitten wesentliche wirtschaftliche Faktoren dar und damit erklärt sie auch das Scheitern der erwarteten Steuerungsfunktion des Einheitshonorars. Nach der Einführung einer Einheitsvergütung für Entbindungen 2005 in Taiwan beschreibt Lo (2008) ebenfalls einen weiteren Anstieg der Sectionate.

In Deutschland wird der Erlös für einen einfachen primären Kaiserschnitt auch bei den neuen Kalkulationen des InEK weiterhin rund ein Drittel mehr betragen als für eine komplikationslose Vaginalgeburt. Zudem können sich reale Kosten für primäre Sectiones – und damit auch der finanzielle Gewinn oder Verlust – klinikspezifisch, abhängig von Pflegekosten sowie Kosten für nicht-medizinische Infrastruktur, stark unterscheiden (Seelbach-Göbel, 2010).

Es wird deutlich, dass Entscheidungen über Entbindungsarten Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit von Geburtskliniken haben. Für einen großen Teil der Geburtskliniken in Deutschland scheinen neben Kosten-Vergütungs-Relationen auch kürzere und planbarere Personalbindungszeiten bei primären Kaiserschnitten wesentliche wirtschaftliche Faktoren darzustellen. Nach Daten der BQS stieg der Anteil der primären Kaiserschnitte an allen Geburten in Deutschland von 8,8% im Jahr 2001 auf 14,0% im Jahr 2008 an. Der Anstieg der sekundären Kaiserschnitte fiel im gleichen Zeitraum von 10,5% auf 13,5% geringer aus (BQS, 2009; vgl. Kapitel 2.2.1). Eine denkbare Erklärung hierfür ist durchaus die wirtschaftliche Rentabilität der primären Kaiserschnittentbindung.

### **Wettbewerb im geburtsmedizinischen Krankenhaussektor – ein Resümee**

Die Geburtskliniken unterliegen nicht nur aufgrund der Einführung der marktwirtschaftlichen Orientierung im Krankenhaussektor einem Wettbewerbsdruck. Die Wirtschaftlichkeit einzelner Geburtskliniken wird von ihrer jährlichen Geburtenzahl (mit-)bestimmt. Die seit Jahren sinkende Geburtenrate in Deutschland verstärkt entscheidend den Wettbewerb. Zudem existiert aus ökonomischer Sicht in der Geburtsmedizin – wie kaum in einer anderen Fachrichtung – *„eine erschwerte Planbarkeit der Produktion“* (Berger & Stock, 2008, S.22). Der Geburtsbeginn als



physiologischer Vorgang kann zu jeder Tages- und Nachtzeit einsetzen, notwendige Kreißsaal-Bereitschaftsdienste in Geburtskliniken sind mit hohen Vorhaltekosten und personellen Aufwendungen verbunden und können sowohl mit Phasen der Über- sowie Unterauslastung einhergehen. Gesundheitsgüter sind zumeist Dienstleistungen, die nicht auf Vorrat produziert werden können und nicht lagerungsfähig sind (Berger & Stock, 2008). Dies trifft zwar für alle gebietsspezifischen medizinischen Dienstleistungen zu, aber während in anderen Fachabteilungen außerhalb der Kernarbeitszeiten in der Regel nur die Behandlung von Notfall-PatientInnen erfolgt, können Geburten jederzeit stattfinden. In Abhängigkeit von Personalstruktur und Geburtenanzahl können Geburtskliniken durch die Steigerung des Anteils der primären Kaiserschnitte eine ökonomische Besserstellung erreichen. Inwieweit die 2010 eingeführten DRG-Kodierungen für primäre Kaiserschnittentbindungen hier keinen Anreiz mehr für eine wirtschaftliche Rentabilität darstellen, bleibt abzuwarten.

Der Wettbewerb der Geburtskliniken um „schwängere Kundinnen“ hingegen bleibt mit Sicherheit bestehen. Gerade die Geburtsmedizin scheint ein Versorgungssektor zu sein, der sich besonders für „emotionale“ Marketingstrategien eignet.

Arnold (2008) unterteilt Marketingziele in ökonomische Ziele (beispielsweise Steigerung des Marktanteils) und so genannte psychographische Ziele, die auf mentale Prozesse und affektive Reaktionen der relevanten Zielgruppen ausgerichtet sind. Insbesondere für das Krankenhausmarketing benennt die Autorin Erhöhung des Bekanntheitsgrades und Imagebildung der Klinik, Servicequalität sowie die Zufriedenheit und Bindung der KundInnen als wichtigste psychographische Ziele: *„Im Mittelpunkt der Betrachtung steht das Ziel einer möglichst positiven Wahrnehmung der Dienstleistungsqualität, welches einen engen Zusammenhang zur Kundenzufriedenheit aufweist“* (Arnold, 2008, S.549). „Psychographische“ Marketingstrategien von Geburtskliniken bedienen sich mittlerweile an Bildern von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, die eine deutliche ökonomische Instrumentalisierung der Nutzerinnen offenbaren. Die Informationspolitik mancher Geburtskliniken weist zudem den Charakter von großangelegten Werbekampagnen auf und setzt zunehmend auf eine organisierte Pressearbeit: *„Die Pressearbeit bietet dem Krankenhaus die Möglichkeit, Informationen über die Einrichtung in möglichst positiver Form unentgeltlich und für ein relativ großes Publikum zu verbreiten. Positive redaktionelle Berichte erhöhen die Glaubwürdigkeit des Krankenhauses, fördern das Vertrauen der Öffentlichkeit und besitzen somit eine imagefördernde Wirkung“* (Arnold, 2008, S.577).

Massenmediale Berichte über „Wunschkaiserschnittentbindungen“ von Prominenten erfüllen aus dieser Perspektive gleich zwei Ziele: Erstens die Erhöhung des Bekanntheitsgrades des Geburtsmodus „Kaiserschnitt auf Wunsch“, der als primärer

Kaiserschnitt für Kliniken „lukrativ“ sein kann, und zweitens Werbung für die entsprechende Klinik, die diese „Serviceleistung“ anbietet.

Es ist davon auszugehen, dass neben finanzieller Vergütung der Geburtsarten ebenfalls strukturelle Rahmenbedingungen und Marketingstrategien Auswirkungen auf die geburtsmedizinische Versorgung von Nutzerinnen haben. Eine vaginale Entbindung, bei der sich die Frau mehrere Stunden unter der Geburt im Kreißsaal befindet, kann sich als zeit- und personalaufwändiger entwickeln als ein geplanter „Wunschkaiserschnitt“. Schnittentbindungen auf Wunsch können zudem das Image von „kundinnenorientierten Serviceleistungen“ der Kliniken fördern. In klinikärztliche Entscheidungen für „Wunschkaiserschnitte“ können demnach verschiedene paramedizinische Faktoren einfließen. Weitere speziell ökonomische Aspekte des „Wunschkaiserschnitts“ werden nun im folgenden Abschnitt betrachtet.

### **3.2.3 Die ökonomische Relevanz des „Wunschkaiserschnitts“**

Die ökonomische Relevanz des „Wunschkaiserschnitts“ darzustellen ist aus mehreren Gründen schwierig: Einerseits existieren unterschiedliche Auffassungen, wie der „Wunschkaiserschnitt“ zu definieren ist (vgl. Kapitel 2.1.3); andererseits stehen für Deutschland – aber auch für die meisten anderen Länder – keine bevölkerungsbezogenen Erhebungen über die Häufigkeit dieses operativen Eingriffes zur Verfügung (Gossman et al., 2006). Des Weiteren besteht in der Fachliteratur Uneinigkeit über die volkswirtschaftlichen Auswirkungen, den so genannten long-term-costs der Spätmorbiditäten beim Kaiserschnitt auf Wunsch im Vergleich zu denen des vaginalen Geburtsmodus.

#### **Unklare Datenlage**

Der Anteil der „Wunschkaiserschnitte“ an den Kaiserschnittsraten ist unklar. Es gibt Hinweise, dass der größte Teil der Schwangeren Spontangeburt anstrebt (Robson et al., 2009; McCourt et al., 2007; Lutz & Kolip, 2006). Jedoch führen GeburtshelferInnen die Steigerung der Kaiserschnittsraten (teilweise) auch auf die Zunahme dieser Entbindungsart zurück (Stjernholm et al., 2010; Weaver et al., 2007; NIH, 2006), so schrieben Bender und Vetter 2008 im Editorial des „Gynäkologen“: *„Eine quantitativ bedeutsamer werdende Gruppe stellen die Schwangeren dar, bei denen keine im engeren Sinne medizinischen Indikationen für eine Sectio vorliegen, die aber diesen Entbindungsmodus bevorzugen“* (Bender & Vetter, 2008; S.5).

Unterschiedliche Auffassungen über die Definition des „Wunschkaiserschnitts“ sowie verschiedene Auslegungen von relativen Sectioindikationen – sowohl bei Professionellen als auch Nutzerinnen – können diese unterschiedlichen Einschätzungen und Angaben erklären (Gossman et al., 2006; vgl. Kapitel 2.3.1). Die Angaben darüber,

wie viele Frauen den Wunsch nach einem Kaiserschnitt äußern bzw. einen Kaiserschnitt auf ihren Wunsch hin erhalten, variieren international entsprechend stark. Zudem sollte bedacht werden, dass die Verwendung des Begriffs „Wunschkaiserschnitt“ zumeist die Tatsache einer ausschließlich zugrundeliegenden Nachfrage von Seiten der Schwangeren impliziert und damit diese Entbindungen künstlich von der Analyse der insgesamt unnötig steigenden Kaiserschnittsraten abtrennt (vgl. Kapitel 2.4). So gelangt Schneider (2008) zu der Schlussfolgerung, dass: *„die Anzahl der Schwangeren, die eine primäre Sectio fordern, (...) wahrscheinlich überschätzt [wird], und bewusst oder unbewusst wird damit von anderen Ursachen für die Zunahme der Entbindungen durch den elektiven Kaiserschnitt wie Angst vor forensischen Risiken oder finanziellen Überlegungen abgelenkt“* (Schneider, 2008, S.36).

Zudem existiert in Deutschland keine DRG-Kodierung für „Wunschkaiserschnitt“. Unter die DRG-Kodierung O01H werden aber in Zukunft vor allem elektive primäre, komplikationslose Schnittentbindungen fallen, so dass mit DRG-Statistiken in spe vorsichtige Rückschlüsse auf die Häufigkeit von „unnötigen Schnittentbindungen“ (eventuell auch für das Label „Wunschkaiserschnitt“) gezogen werden können (Seelbach-Göbel, 2010).

Bei der Einschätzung der „Wunschkaiserschnitttrate“ für Deutschland werden zumeist zwei Studien angeführt: Hellmers (2005) stellte in ihrem Studienkollektiv fest, dass sich etwa 4 % der Schwangeren in der Frühschwangerschaft einen Kaiserschnitt wünschten. Bei der GEK-Kaiserschnitt-Studie von Lutz und Kolip (2006) lag bei etwa 2 % der durch Kaiserschnitt entbundenen Frauen keine medizinische Indikation vor. Eine vorsichtige Schätzung für Deutschland mit der Geburtenanzahl von 2008 (GBE, 2010b; BQS, 2009) und von 2% erfolgten Kaiserschnitten auf Wunsch ausgehend – dies entspricht ungefähr 15% aller primären Sectiones – ergibt rund 14.000 „Wunschkaiserschnitte“ für das Jahr 2008. Diese Anzahl ist immerhin fast doppelt so hoch wie die Geburtenrate des Landes Bremen im Jahr 2008.

### **Zwischen Wirtschaftlichkeitsgebot und betriebswirtschaftlicher Wettbewerbsstrategie**

Kosten-Vergütungs-Relationen sowie kürzere und planbarere Personalbindungszeiten sind für viele Geburtskliniken bei primären Kaiserschnitten wesentliche wirtschaftliche Faktoren. Der primäre, geplante Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation weist zudem weitere ökonomisch rentable Charakteristika auf:

Meyer (2006) beschreibt die Arbeit im Operationstrakt als die ökonomische Basis einer Klinik, die vor allem durch gleichmäßige Auslastung der Kapazität der Operationssäle optimiert werden kann. Voraussetzung hierfür sind seines Erachtens elektive Eingriffe – mit möglichst kurzer Operationszeit – die auf Wochen voraus in einen Operationsplan eingetragen werden können. Ein primärer Kaiserschnitt auf Wunsch der Schwangeren lässt sich länger im Voraus planen als eine elektive Schnittentbin-

dung bei Beckenendlage des Kindes, da sich das Kind durchaus noch vor dem Operationstermin in Schädellage drehen kann.

Die Misgav-Ladach-Methode zur Sectio caesarea kommt insbesondere bei Schwangeren ohne abdominelle Voroperationen und präpartal unauffälligen Kindern zur Anwendung. Diese operative Intervention ist zeit- und materialsparend und in der Regel in Deutschland die operative Methode der Wahl bei einem „Wunschkaiserschnitt“ (Hofmeyr et al., 2010; Misselwitz, 2009; Chaoui et al., 2001; vgl. Kapitel 2.3.1). Die Operationsmethode hat ebenfalls Auswirkungen auf das postoperative Management. Die Entlassung bei diesem Eingriff kann häufig am dritten bis fünften postoperativen Tag erfolgen, bei Anwendung anderer Operationstechniken sind eher Verweildauern von sieben bis zwölf Tagen üblich (Husslein, 2001). Schwenzer und Schwenzer (2010) betonen, dass gerade die Reduktion der Verweildauer ein großes Potential für die Kosteneinsparung der Geburtskliniken aufweist.

Es zeigt sich, dass die wirtschaftliche Rentabilität primärer Kaiserschnitte noch differenzierter betrachtet werden kann. Durch Steigerung des Anteils primärer Kaiserschnitte ohne medizinische Indikation können Geburtskliniken – in Abhängigkeit ihrer strukturellen Rahmenbedingungen – ökonomische Besserstellung erzielen. Nicht verwundern somit die Hinweise in der internationalen Fachpresse, dass die „Prävalenz des Wunschkaiserschnitts“ mit privatem Versicherungsstatus der Frauen sowie in Abhängigkeit einer privaten Trägerschaft der Geburtsklinik ansteigt (Xirasa-gar & Lin, 2006; Librero et al., 2000, Murray, 2000).

Schneider (2008) sieht auch in Deutschland einen zunehmenden Trend zu gewünschten, geplanten Schnittentbindungen und führt diesen unter anderem auf „das durch ausführliche Berichte über ‚Prominentengeburten‘ genährte Verlangen, Teil der ‚Glamour-Welt‘ zu sein“ zurück (Schneider, 2008, S.37). Auch wenn es Hinweise gibt, dass die massenmediale Einflussnahme auf Nutzerinnen der geburtsmedizinischen Versorgung eher gering ausfällt (Lutz & Kolip, 2006), setzen Geburtskliniken gezielt auf diesen Trend und „kultivieren“ ihre Marketingstrategien entsprechend. In ihren Homepages werben Kliniken inzwischen vermehrt damit, dass die Durchführung eines „sanften“ Kaiserschnitts auf Wunsch ermöglicht wird<sup>103</sup>.

Husslein (2008) sieht ein enormes wirtschaftliches Potential in der privaten Geburtsmedizin und argumentiert angesichts der durchschnittlichen Geburtenrate von einem Kind pro Frau (im deutschsprachigen Raum), dass „viele dieses elementare ‚Lebensereignis‘ sich etwas kosten lassen werden“ (Husslein, 2008, S.698). Private Geburtskliniken mit Leistungsangeboten wie Hotelversorgung, selbst zu zahlenden Wellnessangeboten und Kurmaßnahmen werden sich laut Husslein im Wettbewerb

---

<sup>103</sup> Beispiel hierfür (Zugriff am 11.1.11): <http://www.helios-kliniken.de/klinik/berlin-buch/fachabteilungen/gynaekologie-und-geburtshilfe/geburtshilfe/leistungsspektrum.html>

des geburtsmedizinischen Krankenhaussektors zunehmend etablieren: *„Insbesondere bei einem geplanten Kaiserschnitt, für den der Termin frühzeitig bekannt war und sich der Mann im Vorfeld Urlaub nehmen konnte, kann die Zeit für einen gleichzeitigen ‚Medizincheck‘ oder eine Kur genutzt werden. Auch für die Wöchnerin muss das Angebot an physikalischer Therapie, Massage, Kosmetik, Frisör u.ä, passen“* (Husslein, 2008, S.698). Die geplante Entbindung durch einen Kaiserschnitt wird als rentables Wettbewerbsinstrument propagiert und der Autor sieht darin zudem die Möglichkeit, durch eine Markttöffnung für NutzerInnen aus dem Ausland – mit Geburtsmedizin-Tourismus – weitere Einnahmequellen für Geburtskliniken zu erschließen: *„ (...) insbesondere aus den Ländern des ehemaligen Ostblocks oder des mittleren Ostens – schließlich ist eine Geburt ja planbar und nach einer Woche fährt man wieder zurück nach Hause. Dazu muss aber auch das Angebot der ‚paramedizinischen Leistungen‘ sowohl für die Wöchnerin als auch für den Mann entsprechend sein“* (Husslein, 2008, S.699).

In gesundheitsökonomischer Terminologie werden solche Entwürfe von stationärer, (geburts-)medizinischer Versorgung als so genannte Marktdurchdringungsstrategien bezeichnet. Die vorhandenen Leistungsangebote sollen damit besser auf gegenwärtigen Märkten positioniert werden: *„Die verstärkte Inanspruchnahme von Dienstleistungen soll insbesondere dadurch erreicht werden, in dem das Krankenhaus mit seinem bisherigen Leistungsspektrum das latente Potential des Gesundheitsmarktes aktiviert. Dies geschieht generell über (...) die Gewinnung bisheriger Nichtverwender der Dienstleistungen“* (Arnold, 2008, S.552). Franke (2007) und Schwenger-Holst (2006) haben für den allgemein deutschen Krankenhausmarkt schon auf wirtschaftliche Wettbewerbsstrategien wie Hotelversorgung und Medizin-Tourismus hingewiesen (vgl. Kapitel 3.2.1). Mit der Übertragung solcher „Visionen“ in die geburtsmedizinische Krankenhausversorgung illustriert Husslein (2008) drastisch (und in diesem Sinne wohl nicht intendiert) die Verknüpfung von Medikalisierung und ökonomischen Machtinteressen.

Der politisch gewollte Wettbewerb im Krankenhaussektor führt bei den Geburtskliniken zur Verwendung von Marketingstrategien, die zur Entwicklung neuer gesellschaftlich normativer Konstrukte des „Lebensereignisses Geburt“ beitragen: Geburt wird zu einem geplanten „Life-Style-Event, das eine kurze Unterbrechung der alltäglichen Befindlichkeit darstellt“. Die Verknüpfung von Ökonomisierung und Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt wird nicht allein durch inadäquate Vergütungsstrukturen der Geburtsmodi vorangetrieben. Das Ereignis Geburt erhält im Rahmen des Wettbewerbs um Nutzerinnen der geburtsmedizinischen Versorgung eine neue „biographische Konnotation“ (vgl. Kapitel 3.3.3). Die damit einhergehende *„Chirurgifizierung der Geburtshilfe“* (Tröhler, 1999, S.205) schafft eine neue Dimen-

sion der Pathologisierung physiologischer Reproduktionsvorgänge und „durchdringt“ zunehmend gesellschaftliche Wertvorstellungen (vgl. Kapitel 3.1.4).

Hier zeigen sich die weitreichenden Auswirkungen der Übertragung des so genannten Marktmodells der vollkommenen Konkurrenz auf das bisher solidarsystemgeprägte Gesundheitswesen. Der „Wunschkaiserschnitt“ veranschaulicht eindrucksvoll den „Marktfehler Anbieterdominanz“: *„Während ein auf Basis von Expertenurteilen der Anbieter ermittelter Bedarf für die Kaufentscheidung auf den meisten Märkten keine besondere Relevanz hat, ist er davon abweichend auf dem Gesundheitsmarkt von maßgeblicher Wichtigkeit“* (Berger & Stock, 2008, S.21).

Die Anbieterdominanz der Gesundheitsprofessionen kann nicht nur zur Diskrepanz von „subjektivem“ und „objektivem“ medizinischen Versorgungsbedarf im individuellen Einzelfall führen. Wenn sich im Gesundheitsmarkt zunehmend ein Gesundheitsbegriff durchsetzt, der für Kontrollierbarkeit körperlicher und seelischer Prozesse steht und als gesellschaftlichen Status abbildender Indikator beworben wird, nimmt dies auch Einfluss auf die Werteorientierung innerhalb einer Gesellschaft. Mit dem „Wunschkaiserschnitt“ etabliert sich die Assoziation „Geburtsmodus de luxe“, dies bereitet den Weg zu einer „Zwei-Klassen-Geburtsmedizin“.

Laut Wirtschaftlichkeitsgebot sind Kosten ärztlicher Eingriffe ohne medizinische Indikation nicht Bestandteil des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung und müssen von PatientInnen selbst getragen werden (§§ 2 und 12 SGB V). Eine „Differenzzahlung“ der GKV für die Mehrkosten eines medizinisch nicht indizierten Kaiserschnittes zu den Kosten einer Spontangeburt ist gesetzlich nicht vorgesehen. Allerdings macht der Gesetzgeber zunehmend mehr Gebrauch von der Möglichkeit des „Selbstbehalts“ oder der „Selbstbeteiligung“ über Zuzahlungen von GKV-Versicherten bei Gesundheitsleistungen (Freudenberg, 2008). Offen bleibt, ob dieses Vorgehen in Zukunft beim Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation Anwendung finden kann. Die Versicherungswirtschaft scheint pragmatisch mit dem Problem der Kostenübernahme für Kaiserschnitte ohne medizinische Indikation umzugehen: *„Man weiß, dass es existiert, macht aber keine Anstalten, es einer abschließenden Klärung in die eine oder andere Richtung zuzuführen“* (Ratzel, 2003, S.604; vgl. Kapitel 3.3.2).

Es wird deutlich, welche ökonomische Relevanz die Definition des „Wunschkaiserschnitts“ besitzt. Ist der Wunsch der Frau durch Angst oder Unsicherheit motiviert, besteht laut DGGG eine Indikation für ein medizinisches Einschreiten (Durchführung einer Sectio). Bei einem Kaiserschnitt, der allein durch eine terminliche Planung der Geburt motiviert ist, besteht diese Indikation nicht, und nur in dem Fall handelt es sich nach dieser Definition um einen „richtigen Wunschkaiserschnitt“ (AG MedR DGGG, 2010a). Dies bedeutet, dass psychisch motivierte als medizinisch indizierte Kaiserschnitte derzeit durch die Krankenkassen abrechenbar sind.

Wie sich die weiteren finanzpolitischen Entwicklungen in dem Gesundheitsmarkt auf die Vergütungspraxis von diesen Schnittentbindungen auswirken werden, erscheint nach Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe noch unklar: *„Ob die gesetzliche und private Krankenversicherung bereit sein wird, die (Mehr-)Kosten einer medizinisch gar nicht oder nur schwach begründeten Sectio zu Lasten der Solidargemeinschaft der Versicherten zu übernehmen, bleibt abzuwarten“* (AG MedR DGGG, 2010a, S.10).

Dierks (2001) errechnete mit volkswirtschaftlicher Perspektive, dass die Mehrkosten für 500 indikationslose Kaiserschnitte, die statistisch zur Vermeidung eines Schadens unter vaginaler Geburt erforderlich sind, der Größenordnung des Betrages der Schadensersatzsumme (in Deutschland) für ein intrapartal geschädigtes Kind entsprechen. Er gelangt zu der Ansicht, dass *„der wirtschaftliche Aufwand zur Vermeidung des Schadens aus ökonomischer Sicht der Schnittentbindung nicht entgegeng gehalten werden kann“* (Dierks, 2001, S.55). Hingegen verweisen Schneider et al. (2001) darauf, dass der Vermeidung eines Falles von schwere kindlicher Morbidität 13 Fälle von mittelschwerer Morbidität von Neugeborenen entgegenstehen, die bei 1000 geplanten Kaiserschnitten verursacht werden.

Primär drängen sich bei solchen Vergleichen ethischen Fragestellungen auf, grundsätzlich werden gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Analysen aber mit der Intention verwendet, vergleichende Betrachtungen von Leistungen des Gesundheitssystems zwischen relevanten Alternativen bei Einbeziehung langfristiger Kosten- und Nutzenunterschieden unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten in den Blick zu nehmen (Berger & Stock, 2008).

### **Spätmorbiditäten und volkswirtschaftliche Auswirkungen**

In Fachdiskussionen um Kosten-Nutzen-Analysen der medizinisch nicht indizierten Kaiserschnitte werden unterschiedliche Studienergebnisse zu langfristigen Kosten- und Nutzenunterschieden angeführt. Diese Ergebnisse basieren jedoch zumeist auf Berechnungen retrospektiver Daten sowie auf begrenzten postpartalen Zeiträumen. Zudem sind die Studienkollektive bei der relativ niedrigen Prävalenz der zu evaluierenden Risiken nicht umfangreich genug, so dass die Vergleichbarkeit durch verschiedene Biasformen beeinträchtigt wird (Press et al., 2007; Schneider, 2002; Petrou et al., 2001).

Wie sich indikationslose Schnittentbindungen steigernd auf Langzeitkosten („long-term-costs“) durch mögliche postoperative Fertilitätsstörungen, Komplikationen bei Folgeschwangerschaften und durch langfristige gesundheitliche Konsequenzen bei Kindern auswirken, lässt sich bislang nur schätzen. Von ExpertInnen werden umfangreiche, multizentrische Längsschnittstudien eingefordert (Xirasagar & Lin, 2006; Morrison & MacKenzie, 2003; Schneider, 2002; Petrou et al., 2001), eine wissen-

schaftliche Gegenüberstellung der Risiken unterschiedlicher Geburtsarten auf Basis von prospektiv randomisierten Studien ist jedoch mit der damit verbundenen Fremdbestimmung über die Entbindungsart ethisch nicht zu vertreten. Ferner besteht kein Konsens über die Methodik der Berechnungen beziehungsweise existieren unterschiedliche Auffassungen über die einzubeziehenden Parameter und Endpunkte (Press et al., 2007; Druzin & El-Sayed, 2006; Hannah et al., 2004; Macario et al., 2004; Bost, 2003; Henderson et al., 2001). Petrou et al. (2001) plädieren beispielsweise für langfristige Einbeziehung von indirekten (Arbeitsunfähigkeit, Produktionsausfall, Freizeitausfall, u.a.) sowie intangibler Kosten<sup>104</sup> in Kosten-Nutzen-Analysen der unterschiedlichen Geburtsmodi: *„Economists often shy away from valuing such costs and, as a result, appear to set them equal to zero across disease groups“* (Petrou et al., 2001, S.146).

Eine aussagekräftige Betrachtung der Auswirkungen des Kaiserschnitts auf Wunsch unter volkswirtschaftlicher Perspektive setzt demnach eine komplexe Analyse verschiedener Faktoren über langfristige Zeiträume voraus. Den langfristigen Auswirkungen eines Kaiserschnittes ohne medizinische Indikation bei gesunden Frauen auf Folgeschwangerschaften wurde bei Kosten-Nutzen-Analysen unterschiedlicher Entbindungsarten zumeist nicht genügend Beachtung geschenkt. Spätmorbiditäten können aber enorme direkte, indirekte und intangible Folgekosten nach sich ziehen. Die zu beobachtende Zunahme spezifischer Komplikationen bei Schwangerschaften nach Schnittentbindung sind auf Folgen dieser Operation zurückzuführen (Marshall et al., 2011; Schneider, 2008; Liu et al., 2007; Wu et al., 2005; Mahoka et al., 2004). Es wird allerdings damit argumentiert, dass die Folgen bei einer Kinderrate von 1,3 pro Frau zu vernachlässigen sind (Husslein, 2008). Frauen, die nach einer Kaiserschnittentbindung jedoch erneut schwanger werden, weisen ein deutlich erhöhtes Risiko auf, Spätmorbiditäten zu erleiden.

Zunächst sind aber die Chancen, dass eine weitere Schwangerschaft nach Schnittentbindung eintritt geringer als nach Vaginalgeburt. Als Folge einer oder wiederholter Kaiserschnitte wird von Schmidt und Hendrik (2001) eine sekundäre Sterilität von 21% bis 84% angegeben. Murphy et al. (2002) und Hemminki (1996) beschreiben ebenfalls erhöhte Raten von sekundärer Sterilität bei Status nach Sectio. Je nachdem wie dringlich der unerfüllte Kinderwunsch erlebt wird, erfolgt u.U. das Procedere „assistierte Schwangerschaft“ mit weiteren möglichen Komplikationen, Risiken und Kosten.

---

<sup>104</sup> Intangible Kosten bilden die aus einer Erkrankung oder einer medizinischen Intervention resultierenden Kosten von unerwünschten Begleitsymptomen wie Angst und Depressionen oder allgemein Verlust an Lebensqualität ab (Szucs, 2001).



Nach Schnittentbindung sind zudem erhöhte Raten von Extrauterin graviditäten bei Folgeschwangerschaften festzustellen (Schmidt & Hendrik, 2001; Hemminki & Meriläinen, 1996). Diese ektopischen Schwangerschaften ziehen in der Regel einen operativen Eingriff nach sich.

Als gefährlichste mütterliche Spätkomplikationen werden von der DGGG (AG MedR DGGG, 2010a) bei Zustand nach Sectio aufgrund der Narbenbildung in der Gebärmutter Plazentationsstörungen bei Folgeschwangerschaften genannt. Es wird sowohl ein Anstieg vorzeitiger Plazentalösungen (mit Gefahr des intrauterinen Kindstodes) als auch von Plazenta-einnistungsstörungen beschrieben. Eine Placenta percreta mit infiltrierendem Tiefenwachstum in die Uterusmuskulatur zieht zwangsläufig eine Hysterektomie nach sich. Eine Placenta accreta kann nur manuell in Vollnarkose entfernt werden. Eine Anlagestörung in Form einer Placenta praevia totalis hat durch die komplette Verlegung des Geburtsweges durch den Mutterkuchen einen weiteren Kaiserschnitt zur Folge (Kennare et al., 2007; Getahun et al., 2006; Wu et al., 2005; Lydon-Rochelle et al., 2001a; Vetter, 2001).

Die Gebärmutterruptur im Narbenbereich eines in der vorhergehenden Schwangerschaft erfolgten Kaiserschnitts stellt einen akuten Notfall für Mutter und Kind dar (Kennare et al., 2007; Harer, 2002). Die Inzidenz von Uterusrupturen in Mitteleuropa wird mit unter 1% angegeben (Vetter, 2001). Bei der Analyse kalifornischer Daten zeigte sich ein relatives Risiko eine Uterusruptur bei Status nach Sectio zu erleiden von knapp 17 (Rupturrate 0,43% in diesem Kollektiv vs. 0,02% bei Schwangeren ohne vorhergehende Sectio). Von diesen Rupturen erfolgten immer noch 28% in einem Schwangerenkollektiv, das sich für eine geplante Re-Sectio entschieden hatte (Gregory et al., 1999).

Zur Vermeidung der lebensbedrohlichen Uterusruptur wird Frauen bei Status nach Sectio meist eine Re-Sectio angeraten (Mozurkewich & Hutton, 2000). 2008 erfolgten 21,8% aller Kaiserschnitte in Deutschland aufgrund der Indikation „Zustand nach Uterusoperation“ (BQS, 2009). Internationale Kosten-Nutzen-Studien zur geplanten, primären Re-Sectio wegen vorangegangener Kaiserschnittentbindung fallen unterschiedlich aus. Einige AutorInnen sprechen sich aufgrund der von ihnen analysierten Daten für dieses Vorgehen aus (Macario et al., 2004; Clark et al. 2000), andere Studienergebnisse sprechen dagegen (Kamath et al., 2009; Paré et al., 2008; DiMaio et al., 2002; Chung et al., 2001; Grobman et al., 2000).

Auch für intangible Folgekosten eines „Wunschkaiserschnitts“ lassen sich Hinweise in der Fachliteratur finden: Ergebnisse einer Befragung zu Schmerzen, Bewältigung der täglichen Arbeit und Wahrnehmung sozialer Funktionen postpartum zeigten, dass Frauen nach Sectio stärker beeinträchtigt waren als jene, die vaginal entbunden hatten (Lydon-Rochelle et al., 2001b). Zudem stellt der Kaiserschnitt eine Verhinderung des physiologischen Geburtserlebnisses dar, psychische Beeinträchtigungen

der Frauen sind nicht auszuschließen (Rott et al., 2000). Vetter (2001) betont, dass die Perspektive weiterer Schwangerschaften und Geburten bei Status nach Sectio für Mutter und Kind schlechter zu bewerten ist als nach Vaginalgeburt.

Insbesondere bei kindlicher Morbidität nehmen Studien hauptsächlich kurzfristige peri- und postpartale Risiken und Nutzen der unterschiedlichen Geburtsarten in den Blick, so wird dem elektiven Kaiserschnitt ein protektiver Effekt hinsichtlich schwerer Morbidität als Folge von Asphyxie oder Trauma während des vaginalen Geburtsvorgangs zugeschrieben (vgl. Kapitel 2.3.2). Zunehmend werden aber auch längerfristige Auswirkungen untersucht (Hyde et al., 2012)<sup>105</sup>. Bekannt ist, dass bei Neugeborenen nach Schnittentbindung häufiger eine herabgesetzte Adaptionfähigkeit sowie ein Atemnotsyndrom auftritt (Hansen et al., 2008; Schmidt & Hendrik, 2001), diese Häufigkeit nimmt bei primären Sectiones vor der 39.SSW signifikant zu (Kolås et al., 2006; Zanardo et al., 2004; vgl. Kapitel 2.3.2). Als langfristige respiratorische Morbidität lässt sich ein erhöhtes Risiko für eine persistierende pulmonale Hypertonie beobachten (Hansen et al., 2008; Levine et al., 2001). Ferner zeigt eine Metaanalyse von 23 Studien, dass Kinder, die per Sectio entbunden werden, ein um 20% erhöhtes Risiko haben im weiteren Verlauf ihres Lebens an Bronchialasthma zu erkranken als Kinder, die vaginal geboren werden (Thavagnanam et al., 2007).

Den langfristigen Auswirkungen von Kaiserschnitten ohne medizinische Indikation werden in Kosten-Nutzen-Analysen Beckenbodenschäden durch vaginale Geburten gegenüber gestellt. Die Diskussion um die Präventivmaßnahme Kaiserschnitt zur Vermeidung von Harn- und Stuhlinkontinenz wird jedoch seit langem kontrovers geführt.

Anthuber et al. (2000) geben die Prävalenz von postpartaler Stressharninkontinenz nach vaginaler Geburt in Deutschland mit einer großen Spannweite von 0,7% bis 35% an. Internationale Studien weisen auf die hohen Kosten für die jeweiligen Gesundheitssysteme hin, die durch Harninkontinenz postpartum verursacht werden (Thornton & Lubowski, 2006; Wilson et al., 2001).

Bei Studien mit Erhebungszeiträumen bis zu einem Jahr postpartum tritt eine Harninkontinenz deutlich häufiger nach Vaginalgeburt als nach elektiver Kaiserschnittentbindung auf. In einer kanadischen Studie gaben sechs Monate postpartum 5% der Befragten nach elektiver Section eine Harninkontinenz an, nach vaginaler Geburt waren dies 22% (Farrell et al., 2001). Die Untersuchung von Groutz et al. (2004) zeigte nach einem Jahr postpartum bei 3,4% der Frauen nach elektiver Sectio Harninkontinenz, nach Vaginalgeburt lag der Anteil bei 10,3% und nach sekundärem Kaiserschnitt bei 12%. Bei den meisten Frauen ist diese Symptomatik nach längeren

---

<sup>105</sup> Neben den schon länger bekannten respiratorischen Auswirkungen bei Kindern nach Sectio ergeben sich in jüngerer Zeit Hinweise auf ein höheres Risiko für Allergien, Typ-1-Diabetes und Leukämie aufgrund genetischer Leukozytenveränderungen, möglicherweise ausgelöst durch ein verändertes Stressniveau (Huh et al., 2012; Schlinzig et al., 2009).

postpartalen Intervallen allerdings nicht mehr zu beobachten (Schmolling & Nuding, 2004). In einer prospektiven Vergleichsstudie bei Beckenendlagenentbindungen konnte zwei Jahre postpartum kein signifikanter Unterschied zu Harninkontinenz zwischen den Gruppen geplante vaginale Geburt und geplanter Kaiserschnitt festgestellt werden (Hannah et al., 2004).

Zudem ist unklar, welchen Anteil schon Schwangerschaft zur Genese von Harninkontinenz beiträgt (Faúndes et al., 2001; MacLennan et al., 2000). Weitere Studien ergeben ebenfalls Hinweise, dass die höhere postpartale Prävalenz von Harninkontinenz bei Vaginalgeburt nicht grundsätzlich auf den Entbindungsmodus zurückzuführen ist, sondern mit dem Einsatz von Dammschnitten und Epiduralanästhesie hierbei in Zusammenhang steht (Lieberman & O'Donoghue, 2002; Klein et al., 1994). Ferner scheinen zusätzliche Faktoren (Stillen, Alter, BMI, Harnwegsinfektionen, Z.n. Hysterektomie, Hypertonie) die Persistenz der Symptomatik zu bestimmen (Klinger, 2008; Gregory & Nygaard, 2004; Rortveit et al., 2003; Buchsbaum et al., 2002).

Nach Analyse von 18 Studien (12 Kohortenstudien und 6 Querschnittsstudien) zur postpartalen Harninkontinenz weisen Press et al. (2007) in ihrem Review darauf hin, dass die „short-term occurrence“ (drei Monate postpartal) aller Schweregrade von Inkontinenz durch Kaiserschnittentbindung zwar gesenkt wird, bei alleiniger Berücksichtigung von schwerwiegender Symptomatik zeigt sich allerdings nur noch ein geringer Unterschied zwischen den Geburtsarten (1,3% bei Sectio versus 2,1% bei vaginaler Geburt). Dies bedeutet, dass 110 Kaiserschnitte erfolgen müssen (number needed to prevent) um einen Fall von schwerer postpartaler Harninkontinenz zu vermeiden. Bei Erhebungszeiträumen von länger als einem Jahr stellten die Autoren keine Unterschiede bei der Prävalenz von schwerer Inkontinenz zwischen den Entbindungsarten fest.

Die Prävalenz von anorektaler Inkontinenz nach vaginaler Geburt wird mit rund 10% angegeben (Dudding et al., 2008, Thornton & Lubowski, 2006; Anthuber et al., 2000). Faridi et al. (2002) wiesen bei Frauen nach vaginaler Geburt in 35% bis 44% mittels analer Endosonographie<sup>106</sup> okkulte Schließmuskeldefekte nach, Frauen nach Schnittentbindung zeigten keine derartigen Veränderungen. Dennoch gelangen die Autoren zu der Ansicht, dass weitere Faktoren bei Entwicklung einer Stuhlkontinenz eine Rolle spielen müssen, da Bildgebung und Symptome nicht eindeutig korrelieren und auch nach Kaiserschnitt eine anorektale Inkontinenz vorliegen kann. Zur gleichen Schlussfolgerung kommen Fynes et al. (1998) bei ihrer Untersuchung. Nelson et al. (2006) werteten in einer Übersichtsarbeit 15 Studien zur Frage der Vermeidung von Stuhlinkontinenz durch Sectio aus und stellten keinen präventiven

---

<sup>106</sup> Anale Endosonographie ist eine Ultraschalluntersuchung, die u.a. die anatomischen Strukturen der weiblichen Beckenbodenmuskulatur darstellt.

Effekt fest. Auch in der prospektiv randomisierten Studie zu Auswirkungen unterschiedlicher Geburtsmodi bei Beckenendlage von Hannah et al. (2004) zeigte sich der protektive Effekt elektiver Sectiones für anorektaler Inkontinenz nur temporär wirksam, drei Monate postpartum war kein signifikanter Unterschied zwischen vaginaler und Schnittentbindung feststellbar. Bei Veränderungen im sexuellen Erleben bestand drei Monate nach Entbindung zwischen den Vergleichsgruppen ebenfalls kein Unterschied. Für postpartales Sexualerleben sechs Monate nach Kaiserschnitt und vaginaler Geburt gelangen Barrett et al. (2005) zu vergleichbaren Ergebnissen<sup>107</sup>. Vor dem Hintergrund dieser Studienergebnisse betont Nygaard (2005): *„Avoiding vaginal births is not a feasible comprehensive prevention program for pelvic floor disorders“* (Nygaard, 2005, S.254).

Es erscheint fraglich, ob der häufig angeführte protektive Effekt elektiver Schnittentbindungen zur Vermeidung von Beckenbodeninsuffizienz mit Harn- und Stuhlkontinenz sowie Beeinträchtigungen der Sexualität für langfristige Betrachtungen und Berechnungen eine große Relevanz für Kosten-Nutzen-Analysen besitzt. Zugleich ist allerdings festzuhalten, dass bislang keine Kosten-Nutzenanalysen über ausreichend lange Zeiträume mit „intention-to-mode of delivery“-Methodik realisiert werden konnten. Angestrebte vaginale Geburten können aber auch zu vaginal-operativen Geburtsbeendigungen oder sekundären Schnittentbindungen führen. Für die Geburtsarten Vakuumextraktion und Forceps ist eine höhere Prävalenz von Beckenbodenverletzungen und deren längerfristige Folgen belegt (Declercq et al., 2008; Dudding et al., 2008; Wheeler & Richter, 2007; Thornton & Lubowski, 2006; Farrell et al., 2001; Lydon-Rochelle et al., 2001b; MacLennan et al., 2000). Durch weniger sekundär operative Geburtsbeendigungen aufgrund geplanter, primärer Kaiserschnitte sollte sich demnach wiederum die finanzielle Gesamtbelastung des Gesundheitssystems verringern (Schneider, 2002).

Es wird deutlich, wie schwierig sich Analysen zu „long-term-costs“ zum „Wunschkaiserschnitt“ gestalten, ein Nutzen aus volkswirtschaftlicher Sicht erscheint aber sehr fraglich (Schneider, 2002; Goer, 2001; Petrou et al., 2001).

### **Die ökonomische Relevanz des Wunschkaiserschnitts – ein Resümee**

Die Anzahl der in Deutschland durchgeführten „Wunschkaiserschnitte“ lässt sich bis dato nur schätzen, da die Definitionen für diese operative Maßnahme variieren und eine entsprechende DRG-Kodierung nicht existiert.

---

<sup>107</sup> Baksu et al. (2007) verdeutlichen in einer Studie den Zusammenhang von Dammschnitten und Beeinträchtigung der postpartalen Sexualität nach vaginaler Entbindung, der aber nach Auffassung der AutorInnen nicht ursächlich der Entbindungsart angelastet werden darf.

Neben wirtschaftlichen Vorteilen der Kosten-Vergütungs-Relationen sowie kürzeren und planbaren Personalbindungszeiten der primären Sectiones stellt der „Wunschkaiserschnitt“ aber noch weitere wirtschaftliche Anreize für viele Geburtskliniken dar. Die zeit- und materialsparende Misgav-Ladach-Methode ist in der Regel in Deutschland die operative Methode der Wahl beim Kaiserschnitt auf Wunsch. Damit erfüllt dieser terminierbare Eingriff passgenau die Voraussetzungen für optimale Auslastung von Operationssaalkapazitäten. Aufgrund Reduktion postoperativer Verweildauern bei diesem Eingriff ergibt sich weiteres Potential von Kosteneinsparungen. Kontrovers wird die Diskussion über „long-term-costs“ des Kaiserschnitts ohne medizinische Indikation bei gesunden Frauen geführt. Kosten-Nutzen-Analysen der unterschiedlichen Entbindungsarten basieren meist auf Berechnungen von retrospektiven Daten, begrenzten postpartalen Zeiträumen und nicht ausreichend großen Studienkollektiven. Zudem besteht in der Fachwelt kein Konsens über einzubeziehende Parameter und Endpunkte.

Den langfristigen Auswirkungen des „Wunschkaiserschnitts“ auf Folgeschwangerschaften und den damit verbundenen erhöhten Risiken für lebensbedrohliche Komplikationen für Frau und Kind wird das erhöhte Risiko für Beckenbodenschäden mit Harn- und Stuhlinkontinenz sowie Beeinträchtigungen der Sexualität bei vaginaler Geburt gegenübergestellt. Nach aktuell verfügbarer Datenlage scheint der protektive Effekt elektiver Schnittentbindungen zur Vermeidung von Beckenbodeninsuffizienz jedoch nur eine temporär begrenzte Wirksamkeit aufzuweisen. Vor diesem Hintergrund bezweifeln ExpertInnen, dass sich aus volkswirtschaftlicher Sicht ein Nutzen des Kaiserschnitts auf Wunsch ergibt (Press et al., 2007; Schneider, 2002; Faúndes et al., 2001; Goer, 2001; Petrou et al., 2001; MacLennan et al., 2000). Demzufolge liegt mit dieser Operation eine geburtsmedizinische Fehlversorgung vor, deren Spätmorbiditäten direkte, indirekte und intangible Folgekosten in großem Umfang nach sich ziehen können.

Der politisch gewollte Wettbewerb im geburtsmedizinischen Krankenhaussektor ist jedoch von betriebswirtschaftlichen und nicht von volkswirtschaftlichen Überlegungen geprägt. Anhand des Kaiserschnitts ohne medizinische Indikation zeigt sich, dass die Übertragung des Modells der Marktwirtschaft auf das bisher solidarsystem-geprägte Gesundheitswesen – im Gegensatz zur marktwirtschaftlichen Theorie des Erreichens eines „Effizienzoptimums durch vollkommene Konkurrenz“ – zu einer Gesamtkosten-erhöhung im Gesundheitssystem führen kann.

Die wirtschaftstheoretische „*Wahrung der individuellen Handlungsfreiheit*“ (Hajen et al., 2010, S.48) der Nutzerinnen der geburtsmedizinischen Krankenhausversorgung wird ebenfalls durch den Marktfehler Anbieterdominanz beim „Wunschkaiserschnitt“ in Frage gestellt. Im (Verdrängungs-)Wettbewerb der Geburtskliniken etablieren sich nicht nur psychographische Marketingstrategien mit Bildern von Nachfragenden der

geburtsmedizinischen Krankenhausversorgung, die sich von Vorstellungen einer NutzerInnenorientierung im Gesundheitswesen zunehmend entfernen; im Zuge von Marktdurchdringungsstrategien werden auch neue gesellschaftlich normative Konstrukte des „Lebensereignisses Gebären“ entwickelt. Das Ereignis Geburt erhält im Rahmen des Wettbewerbs um Nutzerinnen der geburtsmedizinischen Versorgung eine neue biographische Konnotation. Die Verknüpfung von Ökonomisierung und Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt wird nicht nur durch inadäquate Vergütung der Geburtsmodi vorangetrieben, die Darstellung von Geburt als „planbares und kontrollierbares Life-Style-Event“ bringt eine neue Dimension in Pathologisierung physiologischer Reproduktionsvorgänge. Die Strategie, Entbindungsarten als einen gesellschaftlichen Status abbildenden Indikator zu bewerben ist schon aus dem Ausland bekannt (Béhague, 2002). Im Zuge des Wettbewerbs der Geburtskliniken um „Kundinnen“ etabliert sich mit dem Begriff „Wunschkaiserschnitt“ zunehmend die Assoziation „Geburtsmodus de luxe“, die bereitet auch in Deutschland den Weg für profitable privatstationäre Luxus-Versorgungsmodelle einer „Zwei-Klassen-Geburtsmedizin“.

### 3.2.4 Zusammenfassung

Für eine kontextbezogene Analyse ärztlicher Entscheidungsebenen im Zuge des geburtsmedizinischen Paradigmenwechsels hin zu mehr Akzeptanz von Kaiserschnitt-entbindungen, auch ohne medizinische Indikation, ist – jenseits des ubiquitär angeführten medizintechnischen Begründungszusammenhangs – die Sicht auf die 1990er Jahre aus einem gesundheitspolitischen Blickwinkel von enormer Relevanz:

Berger und Stock (2008) bezeichnen unter gesundheitspolitischer Perspektive die 1990er Jahre als „*das bisher bewegteste Jahrzehnt*“ in der Bundesrepublik Deutschland seit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (Berger & Stock, 2008, S.12), da durch Implementierung neuer Finanzierungs- und Steuerungselemente in das Gesundheitssystem ein einschneidender Paradigmenwechsel vollzogen wurde. Diesem lag die Annahme zugrunde, dass eine wettbewerbsorientierte Gesundheitswirtschaft zur Effizienzerhöhung von medizinischen Leistungen führt und den kontinuierlichen Anstieg der Gesamtkosten im Gesundheitssystem begrenzt. In der Folge begann ein Umbruch im Krankenhaussektor. Die traditionell öffentliche Institution Krankenhaus musste sich dem Wandel zur konkurrenzwirtschaftlich geprägten Betriebsform unterziehen. Die Umstellung der Krankenhausvergütung auf ein (vermeintlich) leistungsorientiertes Fallpauschalensystem wurde mit der Vorstellung durchgeführt, vermehrt Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen zu können. Die damit eingeläutete Entwicklung in der stationären Versorgung ist durch Bettenabbau, Reduzierung der stationären Verweildauer von PatientInnen, Leistungsverchiebung

in den ambulanten Versorgungssektor, Schließungen nicht konkurrenzfähiger Krankenhäuser sowie zunehmende Klinikprivatisierung geprägt. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass der Strukturwandel auf dem deutschen Krankenhausmarkt noch nicht abgeschlossen ist.

Geburtskliniken in Deutschland unterliegen durch Einführung der marktwirtschaftlichen Wettbewerbsorientierung und der seit Jahren sinkenden Geburtenrate verstärkt einem extremen Verdrängungswettbewerb. Vor diesem Hintergrund kann die höhere Pauschalvergütung von Schnittentbindungen im Vergleich zu Vaginalgeburten auch wegen betriebswirtschaftlicher Vorteile eine verstärkte klinikärztliche Akzeptanz der Versorgung mit Kaiserschnitten bewirken. Insbesondere mit der Steigerung des Anteils an primären Kaiserschnittentbindungen scheinen Geburtskliniken – in Abhängigkeit von ihrer Personalstruktur und Geburtenanzahl – eine ökonomische Besserstellung erreichen zu können. Inwieweit die 2010 gesenkten DRG-Entgelte für primäre Sectiones keine Anreize mehr hinsichtlich der Kosten-Vergütungs-Relationen darstellen, bleibt abzuwarten.

Der Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation bietet dennoch weiterhin großes Potential an betriebswirtschaftlicher Rentabilität für Geburtskliniken. Neben der Planbarkeit des Eingriffes bringt die hierbei zumeist durchgeführte Misgav-Ladach-Operationsmethode durch Zeit- und Materialeinsparung eine optimale Auslastung der Kapazität von Operationssälen mit sich. Zudem führt diese Operationsmethode zu einer Reduktion der postoperativen Verweildauer der Wöchnerinnen.

Zur Verfügung stehende Daten zur Entwicklung des geburtsmedizinischen Krankenhaussektors der letzten zwei Jahrzehnte lassen durchaus die Schlussfolgerung zu, dass die stationäre Versorgung zunehmend von betriebswirtschaftlichen Überlegungen geprägt wird. Vergleichende volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analysen zu langfristigen Auswirkungen unterschiedlicher Entbindungsarten legen zugleich die Vermutung nahe, dass der politisch gewollte Wettbewerb zwischen den Geburtskliniken zur Gesamtkostenerhöhung im Gesundheitssystem führen kann. Angesichts der verfügbaren Datenlage kann bezweifelt werden, dass sich aus volkswirtschaftlicher Sicht ein Nutzen des „Wunschkaiserschnitts“ ergibt. Die Interpretation dieser Intervention als geburtsmedizinische Fehlversorgung, deren Spätmorbiditäten erhebliche direkte, indirekte und intangible Folgekosten nach sich ziehen können, erscheint vor dem Hintergrund der dargestellten Studien legitim.

Nicht nur betriebswirtschaftliche Rentabilität kann zur Versorgung von Nutzerinnen des geburtsmedizinischen Krankenhaussektors mit „Wunschkaiserschnitten“ führen; schon die Systemimmanenz des Gestaltungsrahmens konkurrenzwirtschaftlicher Verdrängung unter Geburtskliniken kann aufgrund Überlegungen, „schwängere Kundinnen nicht an die Konkurrenz zu verlieren“ eine entsprechende Fehlversorgung bewirken (Murray, 2000). Im Zuge dessen führt die marktwirtschaftliche Konkurrenz

auch zur Verbreitung von Marketingstrategien als wichtiger Bestandteil der Angebotspolitik von Geburtskliniken, um das vorhandene Leistungsspektrum besser zu positionieren und Absatzsteigerungen zu realisieren. Im Wettbewerb um „schwängere Kundinnen“ etablieren sich Marketingstrategien, die auf mentale Prozesse und affektive Reaktionen der relevanten Zielgruppen ausgerichtet sind. Die Informationspolitik mancher Geburtskliniken weist den Charakter von Werbekampagnen mit großangelegter Pressearbeit auf. Diese so genannten Marktdurchdringungsstrategien verwenden vermehrt Bilder von Nachfragenden der geburtsmedizinischen Versorgung, die sich von Vorstellungen einer NutzerInnenorientierung im Gesundheitswesen entfernen und befördern neue normative Konstrukte des „Lebensereignisses Gebären“. Ökonomisierung und Medikalisierung von Geburt werden nicht ausschließlich durch inadäquate Vergütung der Entbindungsarten begünstigt. Mit der Darstellung von Geburt als „planbares und kontrollierbares Life-Style-Event“ geht der Versuch einher, mit einer speziellen Geburtsart einen gesellschaftlichen Status abbildenden Indikator herzustellen. Der Begriff „Wunschkaiserschnitt“ wird zunehmend mit „Geburt de luxe“ assoziiert und ebnet so auch in Deutschland den Weg für profitable privatstationäre Luxus-Geburtsmedizin-Versorgungsmodelle. Eine neue Dimension „selbstbestimmter“ Pathologisierung physiologischer weiblicher Reproduktionsvorgänge wird „auf Wunsch“ geschaffen und für ökonomische (Macht-)Interessen benutzt (vgl. Kapitel 3.3.3).

Der Finanzierungswechsel im deutschen Krankenhaussektor sollte das gesundheitspolitische Ziel verfolgen, Anreize für Krankenhäuser zu setzen, mit ihrem Betriebsgeschehen zur Senkung der Gesamtkosten im Gesundheitssystem beizutragen. Dem liegt die volkswirtschaftliche Vorstellung zugrunde, dass die Verteilung knapper Ressourcen besser mit der Steuerung des Marktes gelingt als durch politische Planung. Anhand der Betrachtungen zur Versorgung mit („Wunsch“-)Kaiserschnitten wird deutlich, wie eine an der Marktwirtschaft orientierte Ausgabenpolitik im geburtsklinischen Sektor nicht nur einen Strukturwandel, sondern auch einen gesamtgesellschaftlichen Kulturwandel im Verständnis der inhaltlichen Ausrichtung von geburtsmedizinischer Versorgung bewirken kann. Ob die Konzeption der DRG-geprägten Krankenhauswirtschaft sich aus volkswirtschaftlich-ökonomischer Perspektive überhaupt rechnet, bleibt im geburtsmedizinischen Versorgungssektor fraglich (Heller & Schmidt, 2006).

Anknüpfend an die Fragestellung der Untersuchung kann festgehalten werden, dass der gesundheitspolitische Paradigmenwechsel den geburtsmedizinischen Kliniksektor stark ökonomisch-betriebswirtschaftlich ausrichtet und mit einer DRG-Systematik als Gestaltungsrahmen das klinikärztliche Denken und Handeln beeinflusst. Dieser politisch gewollte Wettbewerb birgt die Gefahr, ärztliches Handeln in Geburtskliniken



zunehmend auf Gewinnoptimierung zu fokussieren (Souchon & Heberhold, 2008); vom ärztlichen Klinikpersonal werden zusätzlich zur medizinischen Expertise Kenntnisse in wirtschaftlicher Betriebsführung verlangt (Sailer, 2006; Weise, 1998) und aus der Position des Krankenhausmanagements vorrangig eingefordertes Effizienzdenken kann die klinikärztliche Interaktionsgestaltungen mit Nutzerinnen zu einer Angebots-Nachfrage-Beziehung (ver-)formen (Arnold, 2008).

Die in den 1990er Jahren vollzogenen Paradigmenwechsel verdichten bei der klinikärztlichen Entscheidungsfindung für einen „Wunschkaiserschnitt“ zu einem scheinbar unauflösbaren Dilemma für ärztliches Handeln und Selbstverständnis. Der vorgezeichnete Konflikt wird auch angesichts des ethischen Leitprinzips ärztlichen Handelns „Primum nihil nocere“ (unter Einbeziehung gesundheitsökonomischer Aspekte) offenkundig – nicht den Nutzerinnen der geburtsmedizinischen Versorgung und nicht der Solidargemeinschaft schaden. Jonat kommentiert die Veränderungen im geburtsmedizinischen Krankenhaussektor im Editorial des „Gynäkologen“ im Herbst 2008 mit folgenden Worten: *„In einer sich gesellschaftspolitisch wie ökonomisch stetig schneller ändernden Welt kann an überkommenen Vorstellungen zur Organisation von Medizin kaum länger festgehalten werden. (...) Die Rahmenbedingungen von Frauenheilkunde 2008 sind durch Stellgrößen wie Finanzierbarkeit von Medizin, Arbeitszeitfragen und Nachwuchsmangel geprägt“* (Jonat et al., 2008, S.659).

Vor diesem Hintergrund werden im folgenden Kapitel weitere Faktoren betrachtet, die auf klinikärztliche Entscheidungen für „Wunschkaiserschnitte“ einwirken. Im Mittelpunkt stehen Auswirkungen rechtlicher Aspekte sowie die zunehmend eingeforderte Anwendung von „Informed Consent“ als nutzerinnenorientiertes Interaktionskonzept für diesen Entscheidungsprozess.

### 3.3 FRAUENÄRZTINNEN<sup>108</sup> IM „HANDLUNGSSYSTEM GEBURTSKLINIK“

Die marktwirtschaftliche Ausrichtung des Krankenhaussektors in Deutschland hat die geburtsklinische Versorgung nachhaltig verändert und wirkt sich auch auf klinikärztliche Gestaltungsrahmen und Handlungsoptionen aus (Gerlinger, 2009). Zugleich unterliegt der Bereich der klinischen Geburtsmedizin unbestritten einer Prägung durch eine historische Organisationskultur, die gekennzeichnet ist von (männlicher) ärztlicher Professionalisierung mittels Medikalisierungsstrategien (Kolip, 2000). Die Konstruktion von (Selbst-)Bildern und die Ausbildung eines professionellen Selbstverständnisses bei klinisch tätigen FrauenärztInnen können sich nicht davon losgelöst entwickeln. Der Annahme folgend, dass Einstellungen und Haltungen von FrauenärztInnen ihr Handeln in Interaktionsgestaltungen auch mit Nutzerinnen prägen, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern, nimmt dieses Kapitel in den Blick, welche weiteren Einflussfaktoren sich aus dem „Handlungssystem Geburtsklinik“ für die vorliegende Forschungsfrage ableiten lassen.

Zunächst werden die aktuellen Entwicklungen der klinikärztlichen Arbeitssituation im deutschen Krankenhaussektor betrachtet, dabei werden insbesondere mögliche Auswirkungen der „Feminisierung der klinischen Geburtsmedizin“ berücksichtigt. Daran anschließend werden forensische Anforderungen an klinisch tätige FrauenärztInnen beleuchtet, da diese zunehmend als gewichtiger Einflussfaktor für ärztliches Handeln im Kontext von „Wunschkaiserschnitten“ angeführt werden. Abschließend werden aktuelle Diskursausrichtungen, die die Begriffe „Selbstbestimmung“ und „eigenverantwortliche, informierte Entscheidungsfindung“ insbesondere mit Nutzerinnen der geburtsklinischen Versorgung verknüpfen, in den Fokus der Analyse gerückt. Dieser letzte Abschnitt stellt den Schwerpunkt des Kapitels dar und soll nicht mittelbar ersichtliche Entscheidungskontextualitäten transparent machen, die nachhaltig Einfluss auf klinikärztliches Denken und Handeln nehmen können und somit auch Interaktionsgestaltungen und Entscheidungen für oder gegen eine Entbindung per „Wunschkaiserschnitt“ bestimmen.

#### 3.3.1 Krankenhausärztliche Realität und Identität im Wandel

Die Aufgabenverteilung unter den einzelnen Professionen ist *„primär Resultat eines historischen Prozesses, (...) aber nicht immer [die] effektivste und effizienteste Lösung“* – so beschreiben 2009 Höppner und Kuhlmeier (S.7) die Aufteilung der Tätigkeitsfelder in der deutschen Gesundheitsversorgung. Bereits zwei Jahre zuvor hatte

---

<sup>108</sup> Diese Überschrift schließt auch Frauenärzte mit ein.

der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten „Kooperation und Verantwortung“ die Beendigung der Zentrierung auf die ärztliche Profession in der medizinischen Versorgung und eine Neuorientierung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe eingefordert. Mit einer arbeitsteiligen Neugestaltung der Professionen wird die Möglichkeit zur verbesserten Versorgungsqualität, Kostensenkung und Vermeidung personeller Engpässe verbunden (SVR, 2007). Im Zuge des verstärkten marktwirtschaftlichen Wettbewerbs im deutschen Gesundheitssystem und der Einführung integrativer Modelle in die Gesundheitsversorgung soll auch mehr Dynamik in die Aufgabengestaltung der Gesundheitsberufe kommen (Kuhlmann & Larsen, 2009; Henke, 2008b; Krüger-Brand, 2004).

Eine kontroverse Diskussion über den Wandlungsprozess ärztlicher Professionsgrenzen sowie eines ärztlichen Selbstverständnisses ist beispielsweise im „Deutschen Ärzteblatt“, zu beobachten (Stüwe & Gerst, 2008; O'Donovan, 2003). Dennoch wird die flexiblere Gestaltung der Professionsgrenzen in der hausärztlichen Versorgung zunehmend in den Blick genommen (Höppner & Kuhlmeier, 2009; Schmacke, 2008). In den so genannten strukturschwachen Regionen Deutschlands mit Defiziten in der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung zeichnen sich erste Ansätze für neu verteilte Zuständigkeiten und Tätigkeiten in Gesundheitsberufen bei der ambulanten medizinischen Versorgung ab (Schmitt-Sausen, 2011). In der stationären Versorgung hingegen wird dieser Entwicklung von ärztlicher Seite mit anhaltender Skepsis begegnet (Hibbeler, 2011; Gerst & Hibbeler, 2010).

### **Feminisierung der Medizin**

Kuhlmann und Larsen (2009) bezeichnen Krankenhäuser als „*klassisches Beispiel hierarchisch strukturierter Organisationen*“ (Kuhlmann & Larsen, 2009, S.228), in denen trotz anhaltender Kritik an mangelnder Koordination keine grundlegende strukturelle Veränderung der Professionssegmente erfolgt. Die Autorinnen halten fest, dass die Einführung neuer Steuerungsinstrumente (z.B. Qualitätsreporte, Qualitätsmanagementmodelle, klinische Leitlinien, etc) zwar auch veränderte Handlungsstrategien bewirken und Einfluss auf professionelle Identitäten nehmen können, die historisch geprägte Organisationskultur der Institution Krankenhaus jedoch weiterhin Statusdifferenzen befördert. Der jahrhundertelange Ausschluss von Frauen aus der ärztlichen Profession ist hierbei immer noch von entscheidender Bedeutung. Dies schlägt sich bis heute in der Geschlechtersegregation in den einzelnen Gesundheitsberufen sowie in ungleichen, vertikalen Geschlechtsstrukturen innerhalb der ärztlichen Statusgruppen in der Klinikhierarchie nieder (Kuhlmann & Larsen, 2009).

Gleichwohl ist national als auch international über die letzten Jahrzehnte eine Zunahme des Frauenanteils in der ärztlichen Profession zu verzeichnen. Paik nennt diese Entwicklung „*The Feminization of Medicine*“ (Paik, 2000, S.666), so betrug in

Deutschland 2009 der Frauenanteil bei den zugelassenen Studierenden für Humanmedizin 62%, der Anteil der Absolventinnen belief sich auf 59%. „*Ein gewisses Unbehagen*“ (Retzlaff, 2010, S.7) über diese Zahlen wurde auf dem „Herbstforum der Deutschen Hochschulmedizin“ 2010 geäußert – angesichts des zunehmenden Mangels an ärztlichem Klinikpersonal wurde darauf hingewiesen, dass vor allem Frauen verstärkt in Teilzeitbeschäftigung arbeiten<sup>109</sup> (Retzlaff, 2010). Das Beispiel illustriert, wie besonders beharrlich in der ärztlichen Profession an der Strategie „Vereinbarkeit“ (von Beruf und Familie) vorrangig als „*weibliches Thema und weniger als Thema beider Geschlechter [zu präsentieren]*“ festgehalten wird (Stamer, 2010, S.193). Kuhlmann und Larsen (2009) sehen gerade in den unterschiedlichen Teilzeitquoten der Geschlechter einen Indikator für (nicht) geschlechtergerechte berufliche Chancen innerhalb der ärztlichen Profession. Zudem weist Hauffe (2003) darauf hin, dass Teilzeitbeschäftigung von Ärztinnen nicht ausschließlich auf Mutterschaft zurückgeführt werden darf. Ungewollte Teilzeitstellen von Frauen bei langer Qualifizierungszeit für fachärztliche Spezialgebietsbezeichnungen können ebenfalls als Ausdruck von struktureller Benachteiligung einer immer noch männlich dominierten Organisation von medizinischer Versorgung verstanden werden, die unter anderem auf dem Konzept hoher wöchentlicher Arbeitszeiten basiert. Eine ungleiche vertikale Geschlechteraufstellung der ärztlichen Profession kann auf diese Weise aufrecht erhalten werden (Stamer, 2010).

Bei genauerer Betrachtung der Daten von stationär tätigen ÄrztInnen in Deutschland kann bei einem zwar insgesamt steigenden Frauenanteil dennoch von einer „Feminisierung der Entscheidungsmacht“ in der oberen Statushierarchie nicht die Rede sein. 2009 waren insgesamt 143.967 ÄrztInnen in deutschen Krankenhäusern beschäftigt, 42,6% davon waren Frauen. Den Großteil der KrankenhausärztInnen bilden die AssistenzärztInnen (n=99.488), hier betrug der Frauenanteil 52,6%. Die 31.821 oberärztlichen Positionen waren zu 24,9% mit Frauen besetzt, auf cheförztlicher Leitungsebene (12.658 Stellen) waren Frauen zu 8,7% vertreten. Auch innerhalb der einzelnen Gebietsbezeichnungen sind deutliche (horizontale) Geschlechterunterschiede festzustellen. In der Pädiatrie, einem Fachgebiet, das eher als weibliches Handlungsfeld konnotiert wird, waren 67% assistenzärztliche Stellen mit Frauen besetzt, während im überwiegend „männlich assoziierten“ Fachgebiet Unfallchirurgie nur 23,2% Assistenzärztinnen tätig waren (Destatis, 2011).

Vor dem historischen Hintergrund der männlichen Professionssicherung in Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist hier die Entwicklung des Ärztinnenanteils bemerkenswert: 2009 waren 79,8% der AssistenzärztInnen weiblich und auf oberärztlicher Ebene

---

<sup>109</sup> 2009 waren von 23.407 ärztlichen Teilzeitstellen an den deutschen Kliniken (dies entspricht 16,3% aller ärztlichen Stellen) 74% von Frauen besetzt (Destatis, 2011).

war mit 48,8% fast die Hälfte aller Stellen mit Frauen besetzt. Der Anteil der Ärztinnen auf Leitungsebene liegt mit 13,3% zwar über dem Durchschnitt, unterstreicht aber, gerade angesichts des hohen Frauenanteils in den unteren Statusgruppen, die vertikale Geschlechterungleichheit (Destatis, 2011).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Kuhlmann und Larsen (2009) bei der Analyse von Daten zur Beschäftigungssituation in hessischen Krankenhäusern von 1998 bis 2006. Innerhalb von acht Jahren verdoppelte sich der Frauenanteil von 24% auf 48%, waren 1998 noch 45% der FrauenärztInnen mit abgeschlossener Weiterbildung weiblich, so stieg dieser Anteil bis 2006 auf 73%. In der oberärztlichen Statusgruppe stieg der Frauenanteil von 19% auf 39% und auf Leitungsebene von 2% auf 8%. Optimistisch formuliert kann aus diesen Zahlen eine Entwicklung abgelesen werden, in der sich die steigenden Frauenanteile im Verlauf der Zeit nach oben in der Statushierarchie fortsetzen. Jedoch stellten die Autorinnen bei ihrer Untersuchung fest, dass Frauenärztinnen überproportional häufig in der Leitungsebene bei kleineren Frauenkliniken mit einer geringen Bettanzahl zu finden sind. Kuhlmann und Larsen geben zu bedenken, dass im Hinblick auf die politisch gewollte Konzentration von (geburts-) klinischen Versorgungszentren zu großer Optimismus diesbezüglich verfrüht sein kann.

### **Von der ÄrztlInnenschwemme zum ÄrztlInnenmangel**

Im Zuge des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs unter den Kliniken ist die Entwicklung der Personalausstattung der Krankenhäuser im Zeitverlauf ebenfalls bemerkenswert. Angesichts Bettenabbau und Klinikschließungen sowie Einsparungen auf dem kostenintensiven Personalsektor ist ein Rückgang der Beschäftigten um 7,1% von 1991 bis 2007 nicht verwunderlich. Allerdings gingen diese Personaleinsparungen ausschließlich zu Lasten der nichtärztlichen Beschäftigten, die Zahl der KrankenhausärztInnen hat sich in diesem Zeitraum sogar um 25% erhöht (Destatis, 2008b).

In den 1990er Jahren kursierte der Begriff „*Ärztenschwemme*“ in öffentlichen Medien und der Fachpresse (Fiehn & Schinnenburg, 2004, S. B 518). 2008 gaben hingegen 67,3% der deutschen Krankenhäuser an, Probleme bei der Besetzung von ärztlichen Stellen zu haben, bundesweit blieben rund 4000 Stellen unbesetzt (Blum et al., 2008). Überschriften wie „*Ärztemangel beeinträchtigt die Versorgung*“ häuften sich beispielsweise im „*Deutschen Ärzteblatt*“ (Rabbata, 2008b, S. C1956). Bei insgesamt steigenden ärztlichen Beschäftigtenzahlen im Krankenhaussektor und gleichzeitigem Rückgang der Klinikanzahl ist diese Entwicklung zunächst nicht nachzuvollziehen.

Seit 2007 muss jedoch das Arbeitszeiturteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) von 2003 zur Anerkennung ärztlicher Bereitschaftsdienste als reguläre Arbeitszeit in Deutschland flächendeckend umgesetzt werden. Mit dem Urteil mussten Kliniken die ärztlichen Arbeitszeitmodelle – analog zu denen des Pflegepersonals – auf ein Drei-

Schichten-System umstellen, dies führte zu Mehrbedarf von 15.000 ärztlichen MitarbeiterInnen<sup>110</sup> (Malzahn & Stosch, 2007; Ulrich, 2006; Bestmann et al., 2004). Insbesondere Kliniken der Grundversorgung mit geringer Bettanzahl und kleinem ärztlichen Personalschlüssel können ohne zusätzliche Mittel für weiteres Personal rechtskonforme Umsetzung der Arbeitszeitregelung nicht gewährleisten. In den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie sowie Gynäkologie und Geburtsmedizin<sup>111</sup> muss für die Notfallversorgung immer ein ärztlicher Dienst vor Ort sein, so dass gerade kleinere Krankenhäuser unter weiteren Kostendruck geraten (Rühmkorf, 2007; Herrmann, 2006). Es erstaunte somit wenig, dass 75% der deutschen Kliniken 2007 angaben Schwierigkeiten zu haben das neue Arbeitsrecht umzusetzen (Wagner, 2007).

### **Die „neue“ Unzufriedenheit der KrankenhausärztInnen**

In Anbetracht der zu erwarteten Gehaltseinbußen durch die Neuregelung der Arbeitszeit und mit Hinweis auf bessere Verdienstmöglichkeiten im Ausland forderten 2004 die KrankenhausärztInnen im Zuge der Tarifvertragsumstellung für den öffentlichen Dienst (TVöD)<sup>112</sup> deutliche Einkommenssteigerungen. Angesichts des Mehrbedarfs an KlinikärztInnen aufgrund der vorgeschriebenen Umsetzung des EuGH-Urteils bis 2007 und breit medienwirksam organisierter Streikveranstaltungen gelang es 2006 dem Marburger Bund den ersten eigenständigen Tarifvertrag für ÄrztInnen an kommunalen Kliniken auszuhandeln. Neben 13% Gehaltsanhebung wurde die Höchstarbeitszeit von 48 Stunden pro Woche und die Verpflichtung zur Arbeitszeiterfassung festgeschrieben (Rabbata, 2008a; Flintrop, 2007; vgl. Kapitel 3.2.1).

2007 ergab – trotz nun gültiger EU-Arbeitsrichtlinie und trotz ausgehandelter Tarifvertragsinhalte – eine Umfrage des Marburger Bundes (n=19.000) weiterhin nicht rechtskonforme Arbeitsbedingungen der KlinikärztInnen. Fast 80% der Befragten arbeiteten zwischen 50 und 79 Stunden pro Woche, aber nur 21% hatten dem „freiwillig“ per Sonderregelung zugestimmt (6% der ÄrztInnen gaben an, tatsächlich mehr als 50 Wochenstunden arbeiten zu wollen). 39% der KlinikärztInnen leisteten mehr als vier Nachtschichten pro Monat, auch dies stellt einen Verstoß gegen das Arbeitszeitschutzgesetz dar. Auffällig war, dass Ärztinnen mehr Bereitschaftsdienste als ihre männlichen Kollegen leisteten und ihre Überstunden zudem seltener vergütet wurden<sup>113</sup>. (Steimer-Schmid, 2011; Wagner, 2007).

---

<sup>110</sup> Vor 2003 (und übergangsweise bis 2007) galt der Bereitschaftsdienst nur anteilig als Arbeitszeit, so dass es legal war nach der Nachtbereitschaft noch die normale Tagesdienstarbeitszeit abzuleisten.

<sup>111</sup> Im geburtsmedizinischen und anästhesiologischen Bereich ist ein fachübergreifender Bereitschaftsdienst wegen der Schwere von möglichen Komplikationen nicht statthaft (Berchtold, 2012).

<sup>112</sup> Der TVöD-Vertrag ersetzte den Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT). Der Bundes-Angestelltentarifvertrag regelte von 1961 bis 2005 bzw. 2006 die Gehälter und Beschäftigungsbedingungen der Angestellten des Öffentlichen Dienstes von Bund, Ländern und Gemeinden.

Nachfolgende Untersuchungen ergaben insbesondere unter AssistenzärztInnen weitreichende Kritik an den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Häufig genannt wurden unzureichende und unstrukturierte Weiterbildungsmöglichkeiten, zunehmende Verdichtung ärztlicher Arbeitsprozesse, vermehrte patientInnenferne Tätigkeiten (Dokumentationen), unzumutbare Arbeitszeiten, fehlende Karrieremöglichkeiten und hierarchische Strukturen im Krankenhaus (Angerer et al., 2011; Reiß et al., 2011, Dettmer et al., 2010; Buxel, 2009).

Malzahn und Stosch stellten 2007 fest, dass sich offensichtlich die Präferenzen der nachrückenden ÄrztInnengeneration verändert haben und Fiehn und Schinnenburg forderten schon 2004 ein Umdenken im klinischen Personalmanagement: *„Die gewohnten Statussymbole und Titel verlieren ihren Stellenwert, Karriere heißt vielmehr persönliche Veränderung, aktive eigene Entwicklung und Aufbau neuer beruflicher Kompetenz“* (Fiehn & Schinnenburg, 2004, S. B 520). Ferner hintefragte Buxel, *„(...) inwieweit die traditionell hierarchischen Führungsstrukturen in den Krankenhäusern den Anforderungen des Arbeitsmarktes gerecht werden oder stärker partizipative Elemente in den Führungsstrukturen umzusetzen sind“* (Buxel, 2009; S. C1509). Schließlich weisen Dettmer et al. (2010) darauf hin, dass der Wandel der Geschlechterverhältnisse in der krankenhausesärztlichen Profession, aber auch die parallele Entwicklung veränderter Lebensentwürfe beider Geschlechter zur Umgestaltung klinischer Arbeitsbedingungen und Weiterbildungsmöglichkeiten führen müssen. Gemeinsam ist allen genannten Studien, dass ein Großteil der Befragten aufgrund der beklagten Arbeitsbedingungen die Option in Betracht zieht, nicht in der Gesundheitsversorgung, sondern in alternativen Tätigkeitsfeldern zu arbeiten (Angerer et al., 2011; Steimer-Schmid, 2011; Dettmer et al., 2010; Buxel, 2009; Bestmann et al., 2003).

Im Zuge der Diskussionen um die Neugestaltung der Arbeitsbedingungen der KlinikärztInnen wird auch zunehmend das Thema gesundheitlicher Konsequenzen von Arbeitsbelastung der KlinikärztInnen enttabuisiert. Insbesondere über den Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und psychischen Erkrankungen von ÄrztInnen lassen sich in den letzten Jahren auch vermehrt Publikationen in der deutschsprachigen Fachliteratur finden (Angerer et al., 2011; Da-Cruz & Hermann, 2010; Gieseke, 2009; Rabbata, 2009; Hempel, 2008; Hülsmann, 2008; Kupper et al., 2008; Wolf, 2008). Voltmer et al. verweisen darauf, dass *„im Unterschied zu den anglo-amerikanischen Ländern (...) die Sorge um die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit der Ärzte in Deutschland wenig Tradition [hat]“* und dass *„es (...) an der Zeit zu sein*

---

<sup>113</sup> Schon 2003 hatte eine Befragung von KlinikärztInnen in Deutschland (n=2165) vergleichbare Ergebnisse erbracht (Bestmann et al., 2003): Signifikant höhere Unzufriedenheit zeigte sich in dieser Studie bei Ärztinnen, die über größere Schwierigkeiten bezüglich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie berichteten als Ärzte.

*[scheint], den Mythos der eigenen [ärztlichen, Anm. d. Verf.] Unverletzlichkeit hinter sich zu lassen“ (Voltmer et al., 2009, S. C306).*

Untersuchungen in Deutschland zeigen, dass mindestens 20% der ÄrztInnen an einem Burnout-Syndrom<sup>114</sup> leiden, ferner liegt bei 10% der ÄrztInnen eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung vor sowie eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Suizidrate (Mundle et al., 2007). Hülsmann (2008) führt als spezifisch psychosozialen Belastungsfaktor der KlinikärztInnen die Kombination von steigenden Arbeitsplatzanforderungen, Veränderungen von Handlungsspielräumen, Rollenunklarheiten und Konflikten mit Führungskräften an. Die Autorin geht davon aus, dass die psychosozialen Belastungen der MitarbeiterInnen im Arbeitssystem Krankenhaus durch den *„permanenten Strukturwandel durch Gesundheitsreformen“* (Hülsmann, 2008, S.66) – beispielsweise Klinikfusionierungen, Trägerschaftswechsel, Wandel der Klinikleitbilder, veränderte Anspruchshaltung von PatientInnen, Verkürzung der Verweildauern – sich massiv verdichtet haben. Sie verweist darauf, dass insbesondere die KrankenhausärztInnen der operativen Disziplinen vor der Unvereinbarkeit von Operationsplänen, operativer Notfallversorgung sowie stationärer und ambulanter Regelversorgung stehen.

Im Zusammenhang mit dem verstärkten Thematisieren von gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen der (Klinik-)ÄrztInnen rückt ein – ebenfalls lange im deutschsprachigen Raum mit einem Tabu belegter – Bereich der medizinischen Versorgung in den Fokus der Berichterstattung. Für eine offene(re) Kommunikation über ärztliche Behandlungsfehler und PatientInnensicherheit zeichnen sich allmählich erste Ansätze ab. Jedoch bestimmt in Deutschland immer noch weitgehend die Angst vor (juristischen) Sanktionen den Umgang mit vermeidbaren Fehlern und Komplikationen in der medizinischen Versorgung (Holtel & Arndt, 2010; Krüger-Brand, 2010; Schulte-Sasse, 2009; Lauterberg et al., 2008; Salis, 2008). Gleichwohl befördert die einsetzende Entlarvung von ärztlicher Unverletzlichkeit und Unfehlbarkeit als Mythen zunehmend die Diskussion über die Neuausrichtung ärztlichen Selbstverständnisses.

### **Wandel versus Bewahrung – ein Resümee**

Diese skizzierten Entwicklungen verdeutlichen erste Anzeichen für einen Wandel in Arbeitssituation und Selbstverständnis von KlinikärztInnen im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts in Deutschland. Einerseits scheinen einige traditionelle Strukturen aufzubrechen, andererseits zeigt sich die jahrhundertlang etablierte Hierarchie in der

---

<sup>114</sup> Im Sinne des ICD-Klassifikationssystems ist Burnout keine Erkrankung, vielmehr sind über 130 Symptome (z.B. abnehmende Leistungsfähigkeit, Gefühl der „inneren Leere“, etc.) mit dem Burnout-Syndrom (1974 von Freudenberger eingeführte Bezeichnung) assoziiert (Gembris-Nübel, 2008). Die Einjahresprävalenz des Burnout-Syndroms wird in der deutschen Allgemeinbevölkerung auf 10% geschätzt (Kaschka et al., 2011; Bührsch, 2011).



(stationären) Gesundheitsversorgung demgegenüber auch sehr innovationsresistent. Zudem wirkt sich der politisch gewollte wirtschaftliche Wettbewerb im Handlungssystem Krankenhaus gegenüber arbeitsstrukturellen Neugestaltungen – zumindest teilweise – kontraproduktiv aus: Ein grundlegender Wandlungsprozess von ärztlichen Professionsgrenzen ist im deutschen Krankenhaussektor bis dato nicht zu verzeichnen, weiterhin wird stark an der Monopolstellung der ärztlichen Profession auf Entscheidungsebenen festgehalten. Die enorme ökonomische Relevanz ärztlicher Diagnosestellungen im DRG-Vergütungssystem trägt sicherlich auch dazu bei (vgl. Kapitel 3.2.1).

Trotz des stetig wachsenden Frauenanteils in der ärztlichen Profession zeigen sich immer noch deutlich ungleiche, vertikale Geschlechtsstrukturen innerhalb ärztlicher Statusgruppen in der Klinikhierarchie. Obwohl Studien veränderte berufliche Präferenzen der nachrückenden Generation der ÄrztInnen bei beiden Geschlechtern belegen und die Neuregelung ärztlicher Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern durch das EuGH-Urteil auch als Ausdruck dieser Entwicklung angesehen werden kann, wird „Vereinbarkeit“ (von Beruf und Familie) weiterhin als „naturgegebene“ Problematik von Ärztinnen dargestellt (Martin, 2012). Mit Verweis auf hohe Teilzeitarbeitsquoten von Frauen wird sogar ein Zusammenhang konstruiert zwischen der so genannten Feminisierung in der Medizin und den seit einigen Jahren bestehenden Schwierigkeiten ärztliche Stellen an deutschen Kliniken zu besetzen. Bühren und Eckert (2011) widerlegen jedoch mit aktuellen Daten zur Arbeitszeit deutscher KlinikärztInnen diese vermeintliche Kausalität. Die AutorInnen stellen fest, dass Ärztinnen durchschnittlich nur geringfügig weniger Arbeitszeit aufweisen als Ärzte<sup>115</sup> und betonen zudem, dass mit Arbeitszeiterfassung keine Aussagen über Qualität und Effektivität der Arbeitsleistung getroffen werden können.

Für den Mehrbedarf an KlinikärztInnen aufgrund des EuGH-Urteils fehlen aber insbesondere den im marktwirtschaftlichen Wettbewerb stehenden, kleineren Krankenhäusern zusätzliche Mittel für weiteres Personal, um eine Umsetzung der Arbeitszeitregelung zu gewährleisten und somit offene ärztliche Stellen rechtskonform sowie attraktiv zu gestalten. Ebenfalls wird mit der „Ärztinnen-arbeiten-weniger-Argumentation“ die wachsende Kritik der AssistenzärztInnen an den Arbeitsbedingungen in der hierarchischen Krankenhausstruktur ignoriert. Buxel (2009) hält eine stärkere Sensibilisierung der krankenhausesärztlichen Führungskräfte hinsichtlich flacherer Hierarchiestrukturen im Sinne von kollegialer Zusammenarbeit und wertschätzender Feedbacksysteme, umfassende Strukturierung der Weiterbildung sowie eine familienfreundliche Personalpolitik für dringend erforderlich. (Selbst-)Bilder von ärztlicher Unverletzbarkeit

---

<sup>115</sup> Die These, dass aufgrund der hohen Teilzeitquote von Frauen drei Ärztinnen notwendig sein, um die medizinisch-stationäre Versorgung von zwei Ärzten zu leisten, erweist sich nach den Berechnungen von Bühren und Eckert (2011) als nicht haltbar, die Relation liegt laut den AutorInnen eher bei neun (w) zu acht (m).

und Unfehlbarkeit werden zwar zunehmend als unhaltbare Mythen entlarvt, Auswirkungen auf die (Neu-)Gestaltung der Arbeitsbedingungen der KlinikärztInnen hat dies bis dato allerdings kaum. Eine erneute Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2010 (n=12.000) ergab nur geringfügig veränderte Resultate im Vergleich zur Umfrage vier Jahre zuvor (Steimer-Schmidt, 2011). Die Durchschnittsarbeitszeit der Befragten belief sich 2010 auf 55 Stunden pro Woche, ein Großteil der Überstunden blieb unvergütet. Im Mittel waren pro Klinikabteilung 1,5 ärztliche Planstellen nicht besetzt, hochgerechnet ergaben sich bundesweit 12.000 vakante Stellen. Steigende Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung werden als zwangsläufige Folge angegeben; so beschreiben auch über 90% der in einer Studie befragten ärztlichen DirektorInnen deutscher Kliniken (n=551) die Arbeitsbelastung ihrer ärztlichen MitarbeiterInnen als massiv und „am Anschlag“ (Pfaff et al., 2010, S. C645).

Die klinische Geburtsmedizin kann durchaus als ein Fachgebiet bezeichnet werden, in dem sich die Veränderungen im deutschen Krankenhaussektor der letzten zwei Jahrzehnte stark verdichtet haben. Neben einer speziell verschärften marktwirtschaftlichen Wettbewerbssituation durch das anhaltend sinkende Geburtenniveau geraten Geburtskliniken nun auch durch Arbeitszeitneuregelungen unter weiteren Handlungsdruck. Kostenintensivere, rechtskonforme Arbeitszeitmodelle, die eine geburtsmedizinische ärztliche Versorgung vor Ort rund um die Uhr gewährleisten, werden in vielen Kliniken nicht umgesetzt. Selbst bei vorhandenen finanziellen Mitteln können viele der vakanten Stellen nicht besetzt werden (Martin, 2012; Jonat et al., 2008). Angesichts dieser Situation scheint gerade der steigende Anteil an Ärztinnen in Frauenkliniken Verantwortliche zu „zwingen“, die männlich dominierte Organisation von geburtsmedizinischer, stationärer Versorgung zu überdenken: *„Unserem alten System liegt eine Grundeinstellung zugrunde, die heutzutage nicht mehr zeitgemäß ist. Hier ist Flexibilität gefragt, sonst wird es in Zukunft für die Häuser sehr schwer werden, den Betrieb aufrechtzuerhalten“* (Vetter, 2009, S.381). Daraus kann allerdings nicht die Intention einer grundlegenden strukturellen (und inhaltlichen) Veränderung des geburtsklinischen Versorgungssegments abgeleitet werden. Beispielsweise erkennen Jonat et al. Gynäkologie und Geburtsmedizin sehr wohl als einen sich im Wandel befindlichen, *„im Zentrum gesellschaftlicher Kontroversen“* exponierten Bereich der Gesundheitsversorgung. Die als Konsequenz zu entwickelnden ärztlichen Handlungsstrategien sollten – laut den Autoren – aber primär darauf ausgerichtet sein, *„uns das Heft des Handelns in der Hand zu behalten [lassen]“* (Jonat et al., 2008, S.660).

Schelling sieht in der Entwicklung der Rahmenbedingungen für Krankenhäuser sogar die Gefahr, *„den Siegeszug der Klinikgeburtshilfe faktisch wieder ab[zu]senk[en]“* (Schelling, 2004, S.68). Der Autor verweist insbesondere auf die zunehmende Relevanz juristischer Aspekte in der Geburtsmedizin, laut Rechtsprechung darf beispielsweise *„der gebotene Sicherheitsstandard (...) nicht personellen Engpässen geopfert*

werden“ (Schelling, 2004, S.67). Anknüpfend an die Fragestellung der Untersuchung bleibt festzuhalten, dass zunehmender Personalmangel, Arbeitsbelastung und Arbeitszeitfragen auch einen bedeutsamen Kontext für klinikärztliche Entscheidungsfindungen hinsichtlich eines Entbindungsmodus darstellen. Gleichzeitig geht diese Entwicklung mit einem immer stärker werdenden Einfluss forensischer Gesichtspunkte einher, eine genauere Betrachtung hierzu wird im Folgenden vorgenommen.

### 3.3.2 Geburtsmedizin und „forensische Gefahren“<sup>116</sup>

*„Die Heil- und Gesundheitsberufe sind von juristisch-administrativen Begriffen und Maßnahmen geradezu umstellt“* formulierte Laufs 2004 im „Gynäkologen“ (S.1072) und beklagte weiter: *„Ein Übermaß an Regelwerken, (...), ein Dickicht an Vorschriften aus Gesetzes- oder Fachblättern deformiert den ärztlichen Beruf, signalisiert die Veränderung des Berufsbildes“* (Laufs, 2004, S.1074).

Neben Sanktionen im Sinne einer *„name-blame-shame‘ culture“* (Chandrahara & Arulkumaran, 2006, S.210) werden insbesondere haftungsrechtliche Konsequenzen für eine zunehmende Defensivausrichtung in der medizinischen Versorgung verantwortlich gemacht (Stüwe, 2009; Bender, 2002). Diese defensivorientierte Entwicklung steht einer offenen Kommunikation über ärztliche Behandlungsfehler entgegen und befindet sich häufig im Widerstreit mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches (Stüwe, 2009; Lauterberg et al., 2008).

In Deutschland wird jährlich zirka 40.000-mal der Verdacht auf medizinische Behandlungsfehler geäußert, 12.000 Fälle werden davon anerkannt (Lauterberg et al., 2008). Neben medizinischer Expertise und Fachwissen in betriebswirtschaftlicher Organisation werden vom ärztlichen Personal gleichfalls Kenntnisse in forensischen Sachverhalten erwartet (Berg, 2008).

Schadenersatzprozesse aufgrund ärztlicher Behandlungsfehler mit Ausurteilung von Schmerzensgeldern in Millionenhöhe haben in den Vereinigten Staaten von Amerika seit langem Auswirkungen auf die medizinische Versorgungspraxis, extrem hohe Berufshaftpflichtprämien führen in einigen Bundesstaaten zu Engpässen in fachärztlicher Versorgung – auch im stationären Bereich. Am häufigsten werden Klagen im Fachgebiet Gynäkologie und Geburtsmedizin eingereicht (Bey, 2003). Der Einfluss des Haftungsrechts auf ärztliche Entscheidungen für Entbindungsarten wird in der angloamerikanischen Fachliteratur seit längerer Zeit als Ursache für steigende Kaiserschnittraten genannt (Yang et al., 2009; Benedetti et al., 2006; Symon, 2000a;

---

<sup>116</sup> (Anthuber & Hepp, 2000, S.848)

Coulson & Cain, 1999; Dubay et al., 1999; Tussing & Wojtowycz, 1997; Brown, 1996; Localio et al., 1993; Harper & Hall, 1991). Chauhan et al. (2005) berechneten nach einer Umfrage unter 658 US-amerikanischen GeburtsmedizinerInnen, dass diese durchschnittlich in elf Jahren klinischer Tätigkeit mindestens einmal mit haftungsrechtlichen Ansprüchen konfrontiert werden. 2006 gaben bei dem "Professional Liability Survey" 89% der Befragten des American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) an, dass gegen sie bereits haftungsrechtliche Klagen (durchschnittlich 2,6 Klagen pro MedizinerIn) angestrengt wurden (Chervenak, 2007). Chandrachan und Arulkumaran bezeichnen dementsprechend Geburtsmedizin als „*risky business*“ (Chandrachan & Arulkumaran, 2006, S.206).

Auch in Deutschland werden am häufigsten zivil- oder strafrechtliche Ansprüche<sup>117</sup> wegen des Vorwurfs fehlerhafter Behandlung in operativen Fachgebieten und insbesondere in der Geburtsmedizin geltend gemacht (Bock, 2008). Der durchschnittliche Schadensaufwand zur Regulierung des einzelnen Haftungsfalls bei geburtsmedizinisch tätigen FrauenärztInnen liegt über 100.000 Euro, für schwere Geburtsschäden werden bis zu zwei Millionen Euro ausgerechnet. Zunehmend wird ebenfalls in Deutschland die Frage nach Kostendeckung und Finanzierbarkeit von Berufshaftpflicht diskutiert (Müller, 2008; Lichtmannegger, 2004; Dierks, 2001).

### **Die „Angst“ der GeburtsmedizinerInnen vor der vaginalen Geburt**

Auf den Zusammenhang zwischen Befürchtungen vor rechtlichen Konsequenzen und zunehmender ärztlicher Akzeptanz von geburtsmedizinischer Versorgung mit Kaiserschnittentbindungen – auch bei so genannten weichen Indikationen (vgl. Kapitel 2.2.1) – weisen eine Vielzahl von Studien hin.

Habiba et al. (2006) befragten 1530 klinisch tätige GeburtsmedizinerInnen aus acht europäischen Ländern<sup>118</sup> zu einem (fiktiven) Fallbeispiel: Eine 25-jährige Frau mit unkomplizierter Einlingsschwangerschaft in Schädellage in der 39.SSW spricht sich nach Aufklärung über Risiken unterschiedlicher Geburtsmodi für eine Schnittentbindung aus. Die AutorInnen gaben in einem Fragebogen zusätzlich sieben Modifikationen von „weichen Indikationen“ für diese Situation vor (persönliche Entscheidung der Schwangeren, Angst vor vaginaler Geburt, Z.n.<sup>119</sup> Sectio, Z.n. traumatischer Vaginalgeburt, Z.n. intrauterinem Kindstod, das letztgeborene Kind ist behindert und die Schwangere ist Ärztin). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Vorgabe der Modifikationen

---

<sup>117</sup> Das Zivilrecht betrifft Schadensersatzansprüche und Schmerzensgeld, diese werden in der Regel von der Berufshaftpflichtversicherung getragen. Strafrechtlich wird der persönliche Schuldvorwurf geprüft, Geld- oder Freiheitsstrafen können hierbei die Konsequenz sein (Bock, 2008).

<sup>118</sup> Italien, Spanien, Frankreich, Deutschland, Niederlande, Luxemburg, Großbritannien und Schweden

<sup>119</sup> Z.n. = Zustand nach

verschiedener Auslegungen von relativen Sectioindikationen sowie der großen Spannweite an Definitionen eines „Wunschkaiserschnitts“ geschuldet ist (Gossman et al., 2006; vgl. Kapitel 2.2.1).

In den einzelnen Situationen ergeben sich bemerkenswerte Länderunterschiede an Zustimmung der Befragten für eine Kaiserschnittoperation. So stimmten 85% der Befragten aus Deutschland einem Kaiserschnitt bei Angst der Schwangeren vor vaginaler Entbindung zu, jedoch nur 10% der spanischen ÄrztInnen. Ebenfalls entschieden sich 78% der deutschen ÄrztInnen für die Durchführung einer Schnittentbindung bei einer schwangeren Kollegin (Spanien 21%, Frankreich 26%, Niederlande 27%). Damit lagen deutsche GeburtsmedizinerInnen im europäischen Vergleich jeweils auf Platz eins. Bei der Begründung „persönliche Entscheidung der Schwangeren“ rangierten die befragten Deutschen mit 75% Zustimmung knapp hinter ÄrztInnen aus Großbritannien (79%) auf Platz zwei (Spanien 15%, Frankreich 19%, Niederlande 22%). Auch bei den weiteren Situationen zeigte sich von deutschen ÄrztInnen eine hohe Zustimmung zur Sectio (92% bis 97%), hier ergaben sich allerdings auch bei Befragten aus anderen Ländern höhere Prozentsätze (Habiba et al., 2006).

Die Befragten, die einem Kaiserschnitt zustimmten, konnten eine oder mehrere folgender Begründungen für ihre Entscheidung angeben: Respektieren des Selbstbestimmungsrechts der Frau, Umgehen möglicher Komplikationen unter vaginaler Geburt aufgrund fehlender Compliance der Frau und Vermeiden rechtlicher Konsequenzen im Falle auftretender Komplikationen unter Vaginalgeburt. Trotz länderspezifischer Unterschiede an Zustimmung in den einzelnen Situationen, begründeten jedoch über die Hälfte der Zustimmenden in sechs Ländern (außer in den Niederlanden, 30% und Schweden, 31%) ihre Entscheidung auch mit Vermeidung von forensischen Folgen (52% bis 87%; Deutschland 69%) (Habiba et al., 2006).

Die AutorInnen führen bei der Interpretation der Ergebnisse unterschiedliche kulturelle Einflussfaktoren auf ärztliche Entscheidungen für Schnittentbindungen an. Sie verweisen auf eine möglicherweise stärker ausgeprägte paternalistische Interaktionsgestaltung zwischen ÄrztInnen und NutzerInnen in der medizinischen Versorgung in südeuropäischen Ländern (vgl. Kapitel 3.3.3). Ferner betonen Habiba et al. den Einfluss länderspezifischer Organisation geburtsmedizinischer Versorgungssysteme, wie beispielsweise eine starke Einbindung von Hebammen in Entscheidungsfindungen für eine Geburtsart in den Niederlanden. Die AutorInnen geben aber zu bedenken, dass die länderspezifische Differenz ihrer Ergebnisse in ärztlicher Akzeptanz eines Kaiserschnittes auf mütterliche Nachfrage nicht mit der Höhe der jeweiligen Kaiserschnittsraten eines Landes korreliert. Während nur 15% der befragten spanischen ÄrztInnen einem Kaiserschnitt aufgrund persönlicher Entscheidung der Schwangeren zustimmten, würden 79% der Befragten aus Großbritannien in dieser Situation einen Kaiserschnitt durchführen. 2002 – zum Zeitpunkt der Befragung von Habiba et al. (2006) – lag Spanien mit einer Kaiserschnitttrate von 23,2% jedoch knapp vor Groß-

britannien (23,1%) (OECD, 2010; vgl. Kapitel 2.2.1). Habiba et al. (2006) schlussfolgern letztlich, dass trotz länderspezifischer Einflussfaktoren ärztliche Entscheidungen zur Durchführung eines Kaiserschnitts bei mütterlicher Nachfrage in allen von ihnen untersuchten Ländern stark durch Befürchtungen vor forensischen Konsequenzen geprägt werden.

Eine Stärke der Studie von Habiba et al. (2006) stellt die Stichprobe der Befragten dar, die innereuropäische Vergleiche ermöglicht. In der Literatur finden sich weitere Studien aus europäischen Ländern, die den Einfluss (vermuteter) rechtlicher Folgen bei ärztlichen Entscheidungen für Kaiserschnittoperationen bestätigen können. Schon 2000 lieferten zwei Befragungen von Professionellen in der Geburtsmedizin aus Italien und Schottland Hinweise auf eine defensiv-medizinische Ausrichtung bei Entscheidungen für Geburtsmodi (Vimercati et al., 2000; Symon, 2000b). Ergebnisse weiterer Untersuchungen mit vergleichbarem Studiendesign – analog der Studie von Habiba et al. (2006) – in den Niederlanden (n=585, Kwee et al., 2004), Großbritannien (n=151; Savage & Francome, 2007) und Norwegen (n=507; Fuglenes et al., 2009) stützen ebenfalls die These, steigende Kaiserschnittraten (auch) als Ausdruck für den Einzug defensiv-medizinischen Denkens und Handelns bei GeburtsmedizinerInnen zur Vermeidung juristischer Konsequenzen zu werten.

Gleichwohl existieren Untersuchungen, die diesen Zusammenhang nicht bestätigen. Diese Studien basieren auf retrospektiven, statistischen Analysen von Geburtsdaten aus Florida (Gimm, 2010) und Washington State (Baldwin et al., 1995), allerdings können ohne Befragung der handelnden professionellen AkteurInnen Einflussfaktoren, wie beispielsweise Antizipation juristischer Konsequenzen, bei ärztlichen Entscheidungen für Entbindungsarten nicht abgebildet werden. Beide Studien konnten zudem in den Daten Kaiserschnittoperationen auf mütterliche Nachfrage nicht identifizieren.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass gerade in Interaktionen, in denen sich Nutzerinnen aktiv für eine bestimmte Entbindungsart positionieren, Professionelle stärker forensische Sachverhalte in ihre Entscheidung einbeziehen (müssen) (Schach, 2007). Die Ergebnisse von Habiba et al. (2006) lassen den Schluss zu, dass Entscheidungen für Kaiserschnittentbindungen von deutschen GeburtsmedizinerInnen – bei der europäischen Gesamtbetrachtung – vergleichsweise stark von paramedizinischen Kontextualitäten geprägt werden und sich beim Kaiserschnitt auf mütterliche Nachfrage die Berücksichtigung rechtliche Konsequenzen stark verdichtet.

Die Diskussionen über den „Wunschkaiserschnitt“ spiegeln sich auch in medizinrechtlichen Veröffentlichungen der letzten 15 Jahren in Deutschland wider. 1996 nahm die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) noch den Standpunkt ein, dass jeder Kaiserschnitt neben der Einwilligung der Schwangeren einer ausreichenden medizinischen Indikation bedürfe,

ohne diese Indikation wurde der Eingriff als rechtswidrig oder zumindest unärztlich eingestuft (Hickl & Franzki, 2002). Schon zwei Jahre später vertrat Ludwig im Editorial des „Gynäkologen“ dagegen die Auffassung: *„Hält man das Prinzip der Autonomie eines Patienten aber hoch, und sprechen körperliche Befunde nicht gegen einen operativen Eingriff, so wird man sich in einzelnen Fällen diesem Wunsch m.E. nicht versagen können“* (Ludwig, 1998, S.1010). Im weiteren Verlauf fokussierte die Diskussion in der Geburtsmedizin zunehmend auf das Recht Schwangerer auf eine selbstbestimmte Entbindungsart (Dierks, 2001; Husslein & Langer, 2000; Ulsenheimer, 2000; Anthuber & Hepp, 2000; Ulsenheimer, 1998; vgl. Kapitel 3.3.3). 2002 sah sich die AG Medizinrecht nicht mehr in der Lage *„unter Berücksichtigung gewandelter gesellschaftlicher Auffassungen, aktueller medizinischer Erkenntnisse und einer fortentwickelten Rechtsprechung und Rechtslehre“* ihren Standpunkt von 1996 weiter aufrechtzuerhalten (Hickl & Franzki, 2002, S.200).

Im deutschen Medizinrecht hat der „Kaiserschnitt auf Wunsch“ zu vielfältigen, forensisch zu klärenden Fragestellungen geführt, die wesentlichen Rechtsaspekte werden nun in den Blick genommen.

### **Der indizierte und der nicht indizierte ärztliche Eingriff**

In der deutschen Rechtsprechung wird jede ärztliche Maßnahme als Körperverletzung betrachtet – zumindest soweit dabei in die körperliche Integrität eingegriffen wird. Die Indikationsstellung für ärztliche Eingriffe ist von großer Bedeutung, weil dadurch innerhalb des Körperverletzungstatbestandes (§ 223 StGB) Heileingriffe von Körperverletzungen abgegrenzt werden. Laut juristischem Schrifttum stellt der Heileingriff tatbestandlich keine Körperverletzung dar, ärztliche Maßnahmen ohne jede medizinische Indikation fallen jedoch unter den Körperverletzungstatbestand des Strafgesetzbuches (Pelz, 2004; Dierks, 2001; Ulsenheimer, 2000).

Als Heileingriff wird eine ärztliche Maßnahme definiert, *„die medizinisch indiziert [ist], lege artis durchgeführt [wird] und subjektiv zu Heilzwecken erfolgt“* (Ulsenheimer, 2000, S.883), jedoch werden nicht alle ärztlichen Maßnahmen zu Heilzwecken angewandt. Zahlreiche ärztliche Eingriffe (Blutentnahmen zur Blutspende, Eingriffe zur Empfängnisverhütung, Organentnahmen bei Lebenden oder so genannte kosmetische Operationen) werden vorgenommen, die trotz fehlender medizinischer Indikation grundsätzlich rechtmäßig sind, wenn sie auf Wunsch der PatientInnen erfolgen (Dierks, 2001; Laum, 2001). Mittlerweile wird der „Kaiserschnitt auf Wunsch“ mit diesen Eingriffen gleichgestellt, wenn dieser nach entsprechend wirksamer Aufklärung vollzogen wird und medizinisch nicht kontraindiziert ist (AG MedR DGGG, 2010a).

Bei den oben genannten Eingriffen stellt weder der ärztliche Heilauftrag noch die medizinische Indikation eine Rechtfertigung dar, diese basiert allein auf dem Wunsch und dem Willen der PatientInnen. Der Rechtfertigungsgrund ist somit insbesondere die Einwilligung der PatientInnen. Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt allerdings die

Einwilligungsfähigkeit der PatientInnen, die Freiheit von Willensmängeln (d.h. Irrtum, Täuschung, Zwang, Drohung) und den Ausschluss der Sittenwidrigkeit<sup>120</sup> (§ 228 StGB) voraus. Ferner muss die Aufklärung über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Eingriffes, Durchführung, Folgen und Risiken, Komplikationsmöglichkeiten sowie bestehende Alternativen gegeben sein (AG MedR DGGG, 2010a; Pelz, 2004; Anschütz, 2002; Ulsenheimer, 2000). Der große Stellenwert ärztlicher Aufklärungsgespräche bei Entscheidungen für Kaiserschnittentbindungen auf Wunsch der Schwangeren – allein aus juristischer Perspektive – ist damit ersichtlich.

### Die ärztliche Aufklärungspflicht

Laut Rechtsprechung ist eine (entsprechend ausführliche) Aufklärung vor einer vaginalen Geburt nicht erforderlich, da die Spontangeburt einen natürlichen Vorgang darstellt<sup>121</sup>. Ebenso sind nach aktueller Rechtsauffassung Spontangeburt und Schnittentbindung nicht als gleichwertige Entbindungsmöglichkeiten anzusehen. ÄrztInnen dürfen also abwarten, ob Schwangere von sich aus das Thema „Wunschkaiserschnitt“ zur Sprache bringen, ein entsprechendes Verlangen artikulieren oder Aufklärung hierzu erbitten (AG MedR DGGG, 2010a; Hickl & Franzki, 2002).

Im Gegensatz dazu kommt der ärztlichen Aufklärungspflicht bei „elektiv abdominal-operativer Entbindung ohne medizinische Indikation“ aus forensischer Sicht eine zentrale Bedeutung zu, so urteilte der Bundesgerichtshof am 6.11.1990: *„Je weniger ein ärztlicher Eingriff medizinisch geboten ist, umso ausführlicher und eindrücklicher ist der Patient, dem dieser Eingriff angeraten wird oder den er selber wünscht, über dessen Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen zu informieren“* (zit. n. AG MedR DGGG, 2010a, S.10).

Die Aufklärung ist eine Bringschuld der ÄrztInnen, d.h. soweit die Frau einwilligungsfähig ist, muss ihr das nötige Wissen und die nötige Kenntnis vermittelt werden, damit sie eine freie, eigenverantwortliche Entscheidung für sich und das Kind treffen kann. Die Einwilligung ist beispielsweise nur wirksam, wenn diese von der Schwangeren freiwillig, d.h. nicht unter sachfremdem Einfluss erteilt wird. *„Zu prüfen ist dabei vor allem, ob die Patientin irgendwelchen Einflüssen Dritter, sei es aus dem familiären Umfeld – Ehemann, Eltern, Lebensgefährte, Freund – sei es aus dem weiteren sozia-*

---

<sup>120</sup> Die Voraussetzung rechtlicher Zulässigkeit, dass operative Eingriffe auf Wunsch der PatientInnen nicht der Sittenwidrigkeit entsprechen, hängt vor allem von der ärztlichen Maßnahme ab und weniger von der Einwilligung der PatientInnen. Sittenwidrigkeit ist laut heutiger juristischer Auffassung, angesichts ausgeprägter Pluralität unserer Gesellschaft, allerdings nur anzunehmen, wenn bei einem ärztlichen Eingriff die Missbilligung durch den Gesetzgeber eindeutig ist, wie z.B. im Falle des Verbotes der Tötung auf Verlangen (AG MedR DGGG, 2010a; Ulsenheimer, 2001).

<sup>121</sup> Allerdings erfüllen seltene, aber mögliche Komplikationen vaginaler Entbindung, wie Fruchtwasserembolie, Uterusruptur, atonische Nachblutung, Uterusinversion, *„genau die Kriterien, die normalerweise genügen, eine unbedingte Aufklärungsnotwendigkeit herbeizuführen, weil sie eingriffsspezifisch, unerwartet und schwerwiegend sind“* (Husslein & Langer, 2000, S.855).



len Bereich unterliegt und die Gefahr sachfremder Motivation besteht“ (Ulsenheimer, 2001, S.127). Das Aufklärungsgespräch ist zudem in einer für die Schwangere verständlichen Sprache unter Vermeidung medizinischer Fachausdrücke zu führen, ist sie der deutschen Sprache nicht mächtig, muss eine zur Übersetzung geeignete Person zugezogen werden (Pelz, 2004; Ulsenheimer, 1998).

Zentrale juristische Bedeutung kommt demnach der Einwilligungsfähigkeit der Schwangeren zu, sie ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Wirksamkeit der Aufklärung und damit auch für den so genannten Rechtfertigungsgrund, den Kaiserschnitt nicht als Körperverletzung zu werten. Die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit ist ärztliche Aufgabe, wobei neben Alter<sup>122</sup> und Verständnisfähigkeit auch Herkunft sowie kulturelle Tradition zu berücksichtigen sind. Die Einwilligungsfähigkeit kann fehlen, wenn die Schwangere psychisch krank ist oder vorübergehend unter Einwirkung von Schmerzen, Wehen, Medikamenten und dergleichen außerstande ist, einem Aufklärungsgespräch zu folgen und eine Entscheidung zu treffen (Ulsenheimer, 1998).

Zudem soll aus juristischer Sicht das Aufklärungsgespräch für einen „Wunschkaiserschnitt“ (oder bei *„einer sehr schwachen medizinischen Indikation“* (AG MedR DGGG, 2010a, S.11) über die unterschiedlichen Gefahren und Risiken der verschiedenen Entbindungsmethoden *„so früh wie möglich“* erfolgen, um das Risiko zu vermeiden, nicht mehr rechtswirksam aufklären zu können (Ulsenheimer, 1998, S.803). Die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der DGGG empfiehlt *„in einem ausreichenden zeitlichen Abstand vor der Geburt eine schonende, Ängste vermeidende Aufklärung über die in Betracht kommenden Entbindungsmöglichkeiten vorzunehmen, um hierauf im Bedarfsfall verweisen zu können“* (AG MedR DGGG, 2010a, S.12). Diese Empfehlung steht allerdings im Gegensatz zur eingangs erwähnten Prämisse, dass Schwangerschaft und Geburt natürliche Vorgänge sind, die keine Aufklärungspflicht nach sich ziehen. Ulsenheimer kommt jedoch zu dem Schluss, dass *„dieser ‚defensiv-medizinische‘ Rat (...) sicherlich eine unerwünschte Pathologisierung der Geburt und Verunsicherung der Schwangeren [bedeutet], (...) aber (...) das einzige wirklich probate Mittel für den Geburtshelfer [ist], das forensische Risiko auszuschalten“* (Ulsenheimer, 1998, S.803). Zwei Jahre später fordert Ulsenheimer gleichwohl, dass eine Aufklärung auch das Beratungsziel *„den Wunsch nach Vornahme der Sectio ‚aufzuweichen“* mitverfolgen soll (Ulsenheimer, 2000, S.884).

Sowohl Anschütz (2002) als auch Pelz (2004) betonen, dass im klinischen Arbeitsalltag zumeist unzulängliche Rahmenbedingungen – wie fehlende zeitliche und räum-

---

<sup>122</sup> Die Einwilligungsfähigkeit kann fehlen, wenn die Schwangere noch nicht die nötige Altersreife besitzt. Hierbei kommt es nicht auf die Geschäftsreife, also nicht auf Vollendung des 18. Lebensjahres an, sondern auf konkretes Einsichts- und Urteilsvermögen um vielfältige Aspekte sachgerecht beurteilen zu können. I.d.R. geht die Rechtsprechung aber bei Volljährigen von deren Einwilligungsfähigkeit aus, bei Minderjährigen ist diese im Einzelfall durch ÄrztInnen zu prüfen (Pelz, 2004; Ulsenheimer, 2001).

liche Kapazitäten oder unzureichende Organisationsabläufe – verhindern, derartig komplexe forensische Anforderungen an ärztliche Aufklärungsgespräche erfüllen zu können. Ungeachtet dessen kann eine Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht weitreichende zivil- und strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen: Schadensersatzpflicht nach § 823 BGB, Schmerzensgeld nach § 847 BGB sowie Strafe wegen Körperverletzung nach § 223 bzw. 230 StGB (Zehenter, 2000).

### Die Therapiefreiheit

Die ärztliche Therapiefreiheit gilt als ein Teil der Berufsausübungsfreiheit, die im deutschen Grundgesetz festgeschrieben ist (GG Art.2 Abs.1 Satz 2). Mit der so genannten Therapiefreiheit erkennt die Rechtsprechung an, dass ein ärztlicher Eingriff nicht auf den sichersten therapeutischen Weg festgelegt sein muss; sie zollt den unterschiedlichen individuellen Gewichtungen von PatientInnen in Behandlungssituationen Rechnung. Zugleich soll ärztlicherseits die eigene „*Erfahrung und Geschicklichkeit*“ in die Wahl für eine Behandlungsmethode mit einfließen können (Dierks, 2001, S.52). Bei der Entscheidung für die Methode mit dem höheren Risiko muss sich dieses aber deutlich in Aufklärung und Einwilligung widerspiegeln (Dierks, 2001). Beim „Wunschkaiserschnitt“ gelten – im Rahmen der Therapiefreiheit – bei der Aufklärung zusätzliche forensische Anforderungen: Mögliche Risiken und Folgen des Kaiserschnitts müssen in der Aufklärung „*extrem*“ deutlich gemacht werden, Zeitpunkt und Inhalt des Aufklärungsgesprächs sind „*sorgfältig und zeitgerecht*“ schriftlich zu fixieren (AG MedR DGKG, 2010a, S.8).

Souchon und Herberhold kritisieren allerdings angesichts der vom Gesetzgeber festgeschriebenen ärztlichen Pflicht sich bei der medizinischen Versorgung an der bestmöglichen externen wissenschaftlicher Evidenz aus systematischer Forschung auszurichten (SGB V §§ 137e-g und 266), dass die Therapiefreiheit den „*argumentativ[en] Deckmantel (...) für ein grundsätzlich mögliches unsoziales Handlungsprinzip der Beliebigkeit*“ bilden kann (Souchon & Herberhold, 2008, S.274). Das Bundessozialgericht sieht entsprechend die Einengung der ärztlichen Therapiefreiheit durch das Wirtschaftlichkeitsgebot (SGB V § 12) als gerechtfertigt an, um die „*Sicherstellung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, einem überragend wichtigen Gemeinschaftsgut (...)*“ zu gewährleisten (zit. n. Freudenberg, 2008, S.176).

### Das Wirtschaftlichkeitsgebot

Mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot im fünften Sozialgesetzbuch grenzt der Gesetzgeber aus ökonomischen Überlegungen den Anspruch von Versicherten auf Versorgungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – im Sinne eines Abbaus von Überversorgung – ein: „*Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen,*

*dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“ (SGB V § 12 (1)).*

Schnittentbindungen ohne medizinische Indikation sind demzufolge nicht Bestandteil des Leistungskataloges der GKV. In der Formulierung von Satz eins des Wirtschaftlichkeitsgebots bezieht die Gesetzgebung alle AkteurInnen des Gesundheitswesens ein. Grundsätzlich können sich demnach ÄrztInnen bei Durchführung eines Kaiserschnitts auf Wunsch unter vorsätzlich falscher Indikationsstellung wegen Betrugs nach § 263 StGB strafbar machen, da der GKV ungerechtfertigterweise die Kosten in Rechnung gestellt werden. Generell können sich auch Schwangere – je nach Handlungsqualität – der Anstiftung, Beihilfe oder eines gemeinschaftlich begangenen Deliktes strafbar machen. In der Rechtsprechung verlangt die Strafbarkeit wegen Betrugs jedoch stets einen Vorsatz, Diagnosen können aber irrtümlich falsch sein und Indikationsstellungen beinhalten Unsicherheiten. Hierin liegt einer der Gründe, dass die Versicherungswirtschaft, die zwar um das Problem der Kostenübernahme für Kaiserschnitte ohne medizinische Indikation weiß, in derartigen Strafandrohungen dennoch keine Handlungsoption sieht (Ratzel, 2003; vgl. Kapitel 3.2). Die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der DGGG (2010a) empfiehlt bei einem Kaiserschnitt auf Wunsch oder bei einer Schnittentbindung mit einer – in ihrer offiziellen Stellungnahme so genannten – sehr schwachen medizinischen Indikation zumindest in der Aufklärung darauf hinzuweisen, dass die Krankenversicherung eventuell nicht die Kosten für den Eingriff übernimmt. In der Rechtsprechung herrscht jedoch Unklarheit, welchen Umfang eine solche wirtschaftliche Aufklärung aufweisen muss; ein Grundsatz hierzu lautet: Die wirtschaftliche Aufklärungspflicht ist umso größer, je stärker die finanziellen Belastungen der NutzerInnen sind (Ulsenheimer, 2005; Fenger, 2003).

Die Kosten für einen „Wunschkaiserschnitt“ muss(t)en laut Wirtschaftlichkeitsgebot von GKV-Versicherten getragen werden. Eine Zuzahlung – im Sinne der Selbstbeteiligung – für die Mehrkosten des medizinisch nicht indizierten Kaiserschnitts zu den Kosten bei Spontangeburt, ist gesetzlich nicht vorgesehen. Indes wird jedoch bei Gesundheitsleistungen zunehmend von der Möglichkeit des Selbstbehalts über Zuzahlungen von GKV-Versicherten Gebrauch gemacht (Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie für stationäre Leistungen). Weiterhin können GKV-Versicherte seit 2004 statt des Sachleistungsprinzips die Möglichkeit Kostenerstattung (bei reduziertem Beitragssatz) wählen. Offen bleibt, ob diese Versicherungsform in Zukunft bei Kaiserschnitten ohne medizinische Indikation eine Selbstbeteiligung durch Teilkostenerstattung ermöglichen wird (Freudenberg, 2008; Ratzel, 2003).

In der Fachwelt werden indes kontroverse Debatten geführt, ob unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten überhaupt Mehrkosten für indikationslose Kaiserschnitte im

Vergleich zu angestrebten Spontangeburt entstehen. Kosten-Nutzen-Analysen – insbesondere zu „long-term-costs“ – gestalten sich schwierig. Es mehren sich allerdings Hinweise, dass mit „Wunschkaiserschnitten“ geburtsmedizinische Über- und Fehlversorgungen vorliegen, deren Spätmorbiditäten erhebliche Folgekosten nach sich ziehen können (vgl. Kapitel 3.2.3). In diesem Kontext verweist Freudenberg (2008) auf ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 6.06.2002 und stellt fest, dass die konkrete Auslegung des Wirtschaftlichkeitsgebots *„eine funktionale Betrachtung nur mit Blick auf den individuellen Patienten [zulässt]. Es lässt einen Ausschluss von Leistungen danach, ob sie volkswirtschaftlich oder gesellschaftspolitisch einen Sinn machen, nicht zu“* (Freudenberg, 2008, S.161). Wiederum machte das BSG im gleichen Jahr mit einem weiteren Urteil (23.07.2002) deutlich, dass im Falle eines groben Missverhältnisses zwischen geringem Zusatznutzen und hohem finanziellen Aufwand kein Leistungsanspruch der Versicherten besteht. Demnach kann das Wirtschaftlichkeitsgebot sowohl als individuelle Prüfung einer eventuellen medizinischen Überversorgung angewandt wie auch als Rationierung – im Sinne eines echten Leistungsausschlusses – ausgelegt werden (Freudenberg, 2008); auch im Fall eines „Wunschkaiserschnitts“ besteht somit ein entsprechender Gestaltungsspielraum.

Laum (2001) plädiert aus einem anderen Blickwinkel dafür, entstehende Mehrkosten von medizinisch nicht indizierten Schnittentbindungen doch von der Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten tragen zu lassen. Er argumentiert, dass immer seltener von „nicht indizierten Schnittentbindungen“ die Rede sein kann, je mehr das Selbstbestimmungsrecht der Frau in der geburtsmedizinischen Versorgung an forensischer Bedeutung gewinnt.

### **Das Recht auf Selbstbestimmung**

Das deutsche Grundgesetz schreibt im ersten Artikel die Unantastbarkeit, die Achtung und den Schutz der Menschenwürde fest (GG Art.1 (1)). *„Die Menschenwürde beinhaltet auch das Selbstbestimmungsrecht, das heißt, dass der Mensch selbst Entscheidungen trifft und keinem fremden Willen unterworfen wird. Das Selbstbestimmungsrecht bleibt auch bei kranken Menschen und unter ärztlicher Behandlung voll erhalten.“* (BVerfG-Urteil vom 25.07.1979, zit. n. Zehenter, 2000, S.8). Das Bundesverfassungsgericht urteilte weiterhin: *„Kein Patient [ist] verpflichtet nach Maßstäben Dritter vernünftig zu sein“* (zit. n. AG MedR DGGG, 2010a, S.8). ÄrztInnen haben demzufolge das Selbstbestimmungsrecht von PatientInnen zu achten, selbst wenn sie deren Entscheidung als „unvernünftig“ ansehen.

Das Selbstbestimmungsrecht schwangerer Frauen beinhaltet aus juristischer Perspektive auch die Möglichkeit, sich für oder gegen das Kind zu entscheiden<sup>123</sup> sowie das Recht darüber zu bestimmen, ob bei der Wahl zwischen vaginaler oder Schnittentbindung Priorität auf das eigene Leben oder das Leben und auf die Gesundheit des Kindes gesetzt wird<sup>124</sup> (AG MedR DGGG, 2010a; Ulsenheimer, 1998). Der Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation ist nach heutiger juristischer Auffassung als Ausdruck freier Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Schwangeren als mündige Bürgerin zu sehen und stellt weder einen Verstoß gegen die guten Sitten noch gegen das Zivil-, Straf- oder Berufsrecht dar (Ulsenheimer, 2000). Laut Ulsenheimer hat die Schwangere demnach das Recht, *„die von ihr erkannten Risiken unterschiedlicher Geburtsmodi abzuwägen [und] einzugehen“*. Zugleich betont der Autor, dass *„Selbstbestimmung (...) eben immer auch Selbstverantwortung [bedeutet]“* und die Nutzerin geburtsmedizinischer Versorgung für Folgen der von ihr gewünschten Entbindungsart *„die alleinige Verantwortung zu tragen [hat]“* (Ulsenheimer, 2000, S.886).

In der gängigen juristischen Auslegung beinhaltet somit das Recht der NutzerInnen in der medizinischen Versorgung auf Selbstbestimmung auch das Prinzip der Selbstverantwortung (AG MedR DGGG, 2010a). Bei Erfüllung der entsprechenden Aufklärungspflichten der ÄrztInnen sieht Ulsenheimer (2000) im Falle einer Schnittentbindung auf mütterlichen Wunsch damit eine Entlastung der OperateurInnen von der so genannten Einstandspflicht für Schadensfolgen des Eingriffs gegeben. Gleichwohl gibt Ulsenheimer (2000) in der gleichen Publikation zu bedenken, dass ÄrztInnen *„nicht lediglich die gewünschte Sectio vollziehen [sollen], sondern auch ärztliches Handeln verantworten [müssen], sodass sie sich nicht unbesehen und unkritisch zu bloßen Vollstreckern des Willens der Patientinnen machen. Denn die ureigenste Aufgabe besteht darin, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern.“* (Ulsenheimer, 2000, S.886).

Bei dem Wunsch von schwangeren Frauen nach Kaiserschnitt lässt sich gleichfalls die Position ärztlicher Professioneller unter dem Blickwinkel Recht auf Selbstbestimmung betrachten. GeburtsmedizinerInnen können sich nach ausführlichem Aufklärungsgespräch mit der Schwangeren entscheiden, ob sie den Wunsch nach Sectio, den die Frau nach Abwägungen der Risiken und in Kenntnis der Folgen für sich und ihr Kind getroffen hat, erfüllen wollen oder nicht. ÄrztInnen können die Durchführung eines

---

<sup>123</sup> Zwar wurde 1995 mit der Neuregelung des § 218 die Freigabe des Schwangerschaftsabbruches noch immer nicht anerkannt, doch wird der Frau das so genannte *„Letztentscheidungsrecht“* zuerkannt (Baumann, 2000, S.246).

<sup>124</sup> Eine im Kindesinteresse liegende Pflicht der Schwangeren zur Einwilligung in den Kaiserschnitt wird im juristischen Schrifttum überwiegend verneint (Ulsenheimer, 1998).

Kaiserschnitts ablehnen, wenn sie diesen für medizinisch besonders schwach indiziert halten und die Schwangere in der Lage ist, sich in andere ärztlich-geburtsoperative Versorgung zu begeben (AG MedR DGGG, 2010a). Grundsätzlich besteht für ÄrztInnen keine Rechtspflicht ohne vorliegende medizinische Indikation dem Kaiserschnittwunsch schwangerer Frauen nachzukommen, in der Berufsordnung für deutschen ÄrztInnen (§ 1 MBO-Ä 1997) zählen solche Eingriffe nicht zu den aufgeführten ärztlichen Aufgaben. Nach Berufsrecht steht es zudem ÄrztInnen frei, aus persönlicher Überzeugung oder ethischen Gründen bestimmte Eingriffe abzulehnen<sup>125</sup> (Ulsenheimer, 2000).

### **Defensive Geburtsmedizin de jure? – ein Resümee**

Unbestritten stellen forensische Aspekte des Zivil-, Straf- und Berufsrechts für ÄrztInnen bedeutsame Faktoren im geburtsmedizinischen Klinikalltag dar. Zwar wird in der aktuellen Rechtsauffassung nicht von einer regelhaften Verpflichtung der verantwortlichen GeburtsmedizinerInnen ausgegangen, über alternativ in Frage kommende Geburtsmodi aufzuklären, da eine Spontangeburt als natürlicher Vorgang angesehen wird. Jedoch müssen ÄrztInnen frühzeitig Anzeichen im Geburtsverlauf erkennen, welche für das Kind eine mögliche Gefährdung mit sich bringen können. In diesem Fall dürfen ÄrztInnen sich nicht eigenmächtig für den weiteren vaginalen Geburtsverlauf entscheiden. Sie müssen die Entbindende mit in den weiteren Entscheidungsprozess einbeziehen und diese über Vor- und Nachteile unterschiedlicher Entbindungsarten informieren (AG MedR DGGG, 2010a; Ulsenheimer, 1998).

Die Vermutung liegt nahe, dass in diesem forensischen Spannungsfeld ärztliche Einstellungen (auch) im geburtsklinischen Alltag stark von einer Denkweise geprägt werden, die folgendes Zitat einer qualitativen Studie zur Positionierung niedergelassener FrauenärztInnen zum „Wunschkaiserschnitt“ wiedergibt: *„(...) es gibt keinen einzigen Prozess, wo jemandem vorgeworfen [worden] ist, dass er einen Kaiserschnitt gemacht hat, und es gibt nur Prozesse, dass man zuwenig Kaiserschnitte angeordnet hat“* (Schach, 2007, S. 83). Dieses Zitat unterstreicht die Ergebnisse von Habiba et al. (2006), dass in Interaktionen zwischen KlinikärztInnen und Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern, vermehrt defensivmedizinische Überlegungen einbezogen werden.

Auf Befürchtungen vor rechtlichen Konsequenzen, die zunehmende ärztliche Akzeptanz für eine geburtsmedizinische Versorgung mit Kaiserschnitten auf mütterlichen Wunsch befördern, wird mittlerweile auch in deutschen Fachliteratur hinlänglich hingewiesen. Verknüpft wird dies mit der Schlussfolgerung, dass die Rechtsprechung für diese Entwicklung stark (mit-)verantwortlich ist, wie das – dieses Kapitel einleitende – Zitat von Laufs (2004) belegt. Es entsteht der Eindruck, durch die Gesetzgebung

---

<sup>125</sup> Bei einem Schwangerschaftsabbruch ist dies hinlänglich bekannt.

würden GeburtshelferInnen bei Äußerungen von Schwangeren nach Wunsch auf Kaiserschnittentbindung gleichsam einem „forensischen Zwang“ zu dessen Erfüllung unterliegen und es bestünde keine andere Handlungsoption als diesen Wünschen nachzukommen. Bei genauerer Betrachtung der deutschen Gesetzeslage erweist sich dies jedoch als nicht haltbar:

Zunächst wertet der Gesetzgeber im Strafrecht ärztliche Maßnahmen ohne jede medizinische Indikation als Körperverletzungstatbestand und grenzt diese von einem Heileingriff ab (§ 223 StGB). Allerdings können ärztliche Eingriffe – wie der „Wunschkaiserschnitt“ – trotz fehlender medizinischer Indikation grundsätzlich rechtmäßig sein, wenn der Eingriff erstens medizinisch nicht kontraindiziert ist und zweitens komplexe forensische Anforderungen an die Aufklärung von ärztlicher Seite erfüllt werden. Als Rechtfertigungsgrund und als wesentliche Voraussetzung für die Wirksamkeit der Aufklärung gilt in diesen Fällen die Einwilligung der PatientInnen. Zentrale juristische Bedeutung kommt der Einwilligungsfähigkeit der PatientInnen zu, somit sind GeburtshelferInnen zur Prüfung der Einwilligungsfähigkeit der Schwangeren bei einem Kaiserschnitt auf Wunsch rechtlich verpflichtet (AG MedR DGGG, 2010a; Pelz, 2004; Dierks, 2001; Laum, 2001; Ulsenheimer, 1998).

Es wird deutlich, dass die entsprechende Gesetzgebung eher eine „juristische Hürde“ zur Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ für ÄrztInnen darstellt. Die Vornahme eines solchen Eingriffs kann weitreichende rechtliche Konsequenzen für verantwortliche ÄrztInnen nach sich ziehen, so kann die Verletzung ärztlicher Aufklärungspflichten oder die unzureichende Prüfung der Einwilligungsfähigkeit zu Schadensersatzpflicht (§ 823 BGB), Schmerzensgeldzahlungen (§ 847 BGB) sowie zu Strafe wegen Körperverletzung (§ 223 bzw. 230 StGB) führen.

Weiterhin ist aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (SGB V § 12) eine Schnittentbindung ohne medizinische Indikation nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges. Zusätzlich sieht es das Bundessozialgericht durch das Wirtschaftlichkeitsgebot als gerechtfertigt an, die ärztliche Therapiefreiheit einzuengen, um (auch) aus ökonomischen Überlegungen den Abbau medizinischer Überversorgung sicherzustellen. Demnach können sich ÄrztInnen bei der Durchführung eines Kaiserschnittes auf Wunsch wegen Betrugs (§ 263 StGB) strafbar machen, wenn unter einer vorsätzlich falschen Indikationsstellung dennoch die Kosten für den Eingriff der GKV in Rechnung gestellt werden.

Von einem „forensischen Zwang“ zur Durchführung eines Kaiserschnitts auf mütterlichen Wunsch kann angesichts dieser Gesetzeslage nicht ausgegangen werden. Jedoch wird erneut die große Bedeutung der Indikationsstellung aus juristischer Perspektive ersichtlich. So verwundert es nicht, dass Husslein und Langer als Befürworter der „*elektiven Sectio*“ (Husslein & Langer, 2000, S.856) fordern: „*Wir [müssen] umdenken und den bisher als unantastbar geltenden Begriff der Indikation ein wenig*

*in Frage stellen“* (Husslein & Langer, 2000, S.854). Neben der „Neukonstruktion medizinischer Notwendigkeiten“ bei Schnittentbindungen (vgl. Kapitel 3.1.3) kommt indes dem Selbstbestimmungsrecht der Nutzerinnen von Geburtskliniken zentrale medizinrechtliche Bedeutung zu. Damit treten sogar die, sonst im forensisch-geburtsmedizinischen Kontext vorrangig angeführten, haftungsrechtlichen Konsequenzen in den Hintergrund: *„Es wäre jedoch verfehlt, das Aufklärungsgespräch in erster Linie unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten zu führen. Es dient vor allem dazu, der Patientin die Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts zu ermöglichen und ihr ihre Mitverantwortung für die Gesundheit des Kindes bewusst zu machen“* (AG MedR DGGG, 2010b, S.1). Zugleich fällt in der deutschsprachig geburtsmedizinischen Fachliteratur eine zunehmende Betonung des Selbstbestimmungsrechts der Frau bezüglich einer geburtsklinischen (!) Entbindungsart auf (Bender & Vetter, 2008; Jonat et al., 2008; Anschütz, 2002; Anthuber & Hepp, 2000; Husslein & Langer, 2000).

Es bleibt festzuhalten, dass bei genauerer Betrachtung der Gesetzgebung nicht von einem eindeutigen forensischen Handlungsdruck auf GeburtsmedizinerInnen zur Durchführung von Schnittentbindungen auf mütterlichen Wunsch die Rede sein kann. Dennoch scheint die ärztliche Antizipation rechtlicher Konsequenzen insbesondere in diesem geburtsklinischen Entscheidungskontext besonders ausgeprägt zu sein. Auffällig ist die Fokussierung aktueller Medizinrechtsauslegung<sup>126</sup> auf die scheinbar allgemein konsensfähigen Prinzipien „umfassende Aufklärung“ und „Recht auf Selbstbestimmung“. Analog zu dieser Rechtsauffassung stellt „Informed Consent“ als Modell einer Entscheidungsfindung gleichsam das „kommunikative Kondensat“ für – unter diesen postulierten Prämissen zu gestaltende – Interaktionen zwischen NutzerInnen und ärztlichen Professionellen dar. So wird für die Ausgestaltung von Entscheidungsprozessen für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ die so genannte informierte Entscheidungsfindung der Schwangeren („Informed Consent“) zunehmend in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns gerückt (Dudenhausen, 2008; Jonat et al., 2008).

Daran anknüpfend ist es im letzten Abschnitt des theoretischen Teils dieser Arbeit Ziel – jenseits einer juristischen Perspektive – unterschiedliche Auslegungen des Selbstbestimmungsbegriffs sowie das Konzept „Informed Consent“ im Kontext von NutzerInnenorientierung und die damit verbundenen Auswirkungen auf klinikärztliche Entscheidungsfindungen für Entbindungsarten zu beleuchten.

---

<sup>126</sup> Es muss auf die Unterscheidung zwischen Gesetzgebung und Rechtsprechung hingewiesen werden, so betonen Berg und Gaibler „Mehr noch als die Gesetzgebung hat die Rechtsprechung Einfluss genommen auf die Organisationsabläufe in Klinik und Praxis“ (Berg & Gaibler, 2011, S.347).



### 3.3.3 „Wunschkaiserschnitt“ im Spiegel von Selbstbestimmung und Informed Consent

„Selbstbestimmung“ und „Informed Consent“ erweisen sich bei der bisherigen Analyse des komplexen Phänomens „Wunschkaiserschnitt“ als zentrale und wirkmächtige Begriffe. Sowohl die Betrachtung der Geburtsmedizin im historischen Kontext (vgl. Kapitel 3.1) als auch die dargelegten Auswirkungen des politisch gewollten, marktwirtschaftlichen Wettbewerbs auf Geburtskliniken (vgl. Kapitel 3.2) führen im Zusammenhang mit der Versorgung von Nutzerinnen mit Kaiserschnittentbindungen auf Wunsch schließlich zu aktuellen Diskursausrichtungen, deren semantische und argumentative Parallelen sich in diesen beiden Begriffen kondensieren. Gleiches ist in diesem Kontext auch bei der aktuellen Medizinrechtsauslegung zu erkennen.

Angesichts dessen wird in diesem Abschnitt in den Blick genommen, wie im Rahmen einer – am Ende des 20. Jahrhunderts zunehmend eingeforderten – NutzerInnenorientierung und -partizipation in der medizinischen Versorgung (Badura et al., 1999; Schwartz, 1999; Dekkers, 1997; WHO, 1994; Schott, 1993; SVR, 1992), sich eine anscheinend breit konsensfähige Verknüpfung zwischen dem Wunsch nach einer medizinisch nicht notwendigen, operativen Entbindung mit dem Verständnis von Selbstbestimmung von schwangeren Frauen ubiquitär etablieren konnte. In der einschlägigen Fachliteratur, beispielsweise in einem der deutschsprachigen, geburtsmedizinischen Leitmedien – „Der Gynäkologe“ [sic] – lassen sich Formulierungen wie folgt finden: *„Es zeigt sich eine Tendenz, dass auch ohne eindeutige medizinische Gründe über die Möglichkeit zur Sectio genau wie zur vaginalen Entbindung aufgeklärt werden muss, damit die Schwangere selbstgewählt bestimmten eventuellen Komplikationen – zum Beispiel durch persönliche Entscheidung zu einer Sectio – aktiv aus dem Wege gehen könnte“* (Vetter & Goeckenjan, 2005, S.643). Ferner zeigen Untersuchungen, dass Nutzerinnen der geburtsklinischen Versorgung in Verbindung mit der Entbindungsoption „Wunschkaiserschnitt“ stark auf das Selbstbestimmungsrecht von Schwangeren verweisen (Kolip, 2008; Bryant et al., 2007; Baumgärtner, 2007; Schach, 2006); dennoch ist das nicht mit einer entsprechend hohen „Inanspruchnahme“ dieses Entbindungsmodus gleichzusetzen (vgl. Kapitel 2.2.2). Obwohl die Angaben zur Häufigkeit von nachgefragten sowie durchgeführten „Wunschkaiserschnitten“ stark schwanken, bewegen sich diese in der Regel weit unter dem Prozentsatz der – so häufig zitierten – Studie von Al Mufti et al. (1996), in der sich 31% der befragten Frauenärztinnen im Falle einer unkomplizierten Erstlingsschwangerschaft in Schädellage für die primäre Schnittentbindung ohne Indikation aussprachen. Im Hinblick auf dieses Ergebnis stellten Al Mufti und Co-Autoren die Frage, ob nicht allen schwangeren Frauen *„(...) in this era of patient choice, should information regarding potential benefits of elective caesarean delivery be given (...)?“* (Al Mufti et al., 1996,

S.544) und lösten damit kontroverse Debatten aus<sup>127</sup> (vgl. Kapitel 3.1.3), die in den Themenfeldern „Selbstbestimmung“ und „Informed Consent“ mündten.

Im Zuge dessen wurde zwangsläufig auch eine Auseinandersetzung über Einfluss und Bedeutung der Rolle von FrauenärztInnen im Entscheidungsprozess für Schnittentbindungen ohne medizinische Notwendigkeit geführt. Auf die Relevanz des „individuellen frauenärztlichen Einflussfaktors“ im Zusammenhang mit insgesamt steigenden Kaiserschnitttraten wurde schon vor der Debatte um den „Wunschkaiserschnitt“ mehrfach hingewiesen (Burns et al., 1995; De Mott & Sandmire, 1990; Goyert et al., 1989; vgl. Kapitel 2.2.2; vgl. Kapitel 3.1.3). Vor dem Hintergrund mangelnder Evidenz zu Risiken und Nutzen von angestrebten Vaginalgeburten und gewünschten Schnittentbindungen (vgl. Kapitel 2.2.3) rückten nunmehr persönliche Einstellungen zu unterschiedlichen Entbindungsoptionen und professionelle Haltungen der FrauenärztInnen in Interaktionsgestaltungen mit Nutzerinnen, die den Wunsch nach Kaiserschnitt artikulieren, in den Fokus des Interesses (Gamble et al., 2007; McCourt et al., 2007).

Nach 1996 wurden zunächst eine Reihe von Untersuchungen zur persönlich bevorzugten Entbindungsart von FrauenärztInnen (für sich selbst oder ihre Partnerin) durchgeführt, Tabelle 7 gibt einen Überblick über einige Studien innerhalb eines Zeitraumes von 15 Jahren<sup>128</sup>.

Die große Spannweite von 1,1% bis 54,7% von persönlicher Präferenz für einen „Wunschkaiserschnitt“ kann sicherlich auch auf unterschiedliche Studiendesigns zurückgeführt werden; beispielsweise wurden die Daten von Gabbe & Holzman (2001) durch Abstimmung per Handzeichen während einer Diskussion über Risiken der vaginalen Geburt bei Zustand nach Sectio ermittelt. Gleichfalls müssen aber sowohl das Erhebungsjahr als auch die Unterschiede in länderspezifischen Ausrichtungen der geburtsmedizinischen Versorgung (van Wagner, 2004; vgl. Kapitel 2.2.1) als Gründe für die Differenzen in Betracht gezogen werden.

Nachdem die Studie von Al Mufti et al. (1996) insbesondere durch den signifikanten Geschlechterunterschied in ihren Ergebnissen große Beachtung erfuhr und sich die anschließende inhaltliche Debatte mehr und mehr auf das Recht für eine selbstbestimmte Wahl eines Entbindungsmodus von schwangeren Frauen ausrichtete, erstaunt, dass bei knapp der Hälfte der hier aufgeführten Studien (7 von 15) keine geschlechtergetrennten Ergebnisse ausgewiesen wurden.

---

<sup>127</sup> Bewley und Cockburn verwiesen 2002 provokativ auf eine andere mögliche Lesart der Ergebnisse von Al Mufti et al. (1996): „(...) *that doctors who cannot objectively balance risks for themselves or their families should not be allowed to practice*“ (Bewley & Cockburn, 2002a, S.594).

<sup>128</sup> Die Auswahl der Untersuchungen erfolgte durch systematische Datenbankrecherche und mit der Intention, ein möglichst breites internationales Spektrum abzubilden.

Tabelle 7:

Studienauswahl zur persönlich bevorzugten Entbindungsart von FrauenärztInnen:

AutorInnen (Land der Erhebung)	Publikations- jahr	Anzahl Befragte (n)	Präferenz für primäre Sectio ohne Indikation (in %)
Al Mufti et al.(UK)	1996	282	17% (♀ 31%; ♂ 8%)
Van Roosmalen (NL)	1999	567	1,4% (keine geschlechter- Getrennten Angaben)
Land et al. (NZ)	1999	478	11% (♀ 7,7%; ♂ 12,7%)
Gabbe & Holzman (USA)	2001	117	46,2% (♀ 32,6%; ♂ 56,6%)
McGurgan et al. (IRL)	2001	165	7% (♀ 15%; ♂ 4%)
Lawie et al. (ZA)	2001	90	33% (alle Befragten waren schwängere Ärztinnen)
Wright et al. (UK)	2001	277	15,4% (♀ 15%; ♂ 16%)
Backe et al. (NOR)	2002	148	2% (keine geschlechter- getrennten Angaben)
Jacquemyn et al. (BEL)	2003	295	2% (keine Geschlechter- unterschiede)
Bergholt et al. (DK)	2004	444	1,1% (keine geschlechter- getrennten Angaben)
Eidenschink (Bayern)	2004	594	7,6% (keine geschlechter- getrennten Angaben)
Faas-Fehervary et al. (Baden- Württemberg)	2005	716	10% (keine geschlechter- getrennten Angaben)
Wax et al. (USA)	2005	78	21,1% (keine Geschlechter- unterschiede)
Moramezi et al. (IR)	2006	147	27,4% (♀ 27%; ♂ 28%)
Turner et al. (AUS)	2008	166	21% (keine geschlechter- getrennten Angaben)
Arikan et al. (TUR)	2011	387	54,7% (keine geschlechter- getrennten Angaben)

Des Weiteren erfolgten Studien, die gleichzeitig die persönliche Präferenz von Entbindungsmodi von FrauenärztInnen erfragten sowie deren Bereitschaft untersuchten, einen an sie als Professionelle herangetragenen Wunsch nach Schnittentbindung ohne medizinische Indikation nachzukommen. Bei einer Untersuchung per Fragebogen unter israelischen FrauenärztInnen (n=257) zeigt sich beispielsweise eine persönliche Präferenz für einen „Wunschkaiserschnitt“ bei 9% der Befragten, 45% der StudienteilnehmerInnen hingegen gaben eine Bereitschaft zur Durchführung dieser operativen Entbindungsart an (Gonen et al., 2002). Auch in der zuvor angeführten Studie von Wax et al. (2005, vgl. Tbl. 5) lag die Zustimmung für eine Schnittentbindung ohne medizinische Notwendigkeit mit 84,5% bei den ÄrztInnen deutlich höher als die persönlich bevorzugte Präferenz für diese Entbindungsart (21,1%). Dieser Zustimmungswert liegt in den gleichen Bereichen, die Habiba et al. (2006) ein Jahr später für englische und deutsche GeburtsmedizinerInnen publizierten (vgl. Kapitel 3.3.2). Wenngleich vorliegende Daten zur grundsätzlichen ärztlichen Bereitschaft für die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ schwanken und regionale Unterschiede aufweisen, kann über den Verlauf der letzten Jahre dennoch ein stetiger Anstieg festgestellt werden (Kwee et al., 2004; vgl. Kapitel 3.1.3) – trotz zunehmender Veröffentlichungen zur mangelnden Evidenzbasierung des zugrunde gelegten geburtsmedizinischen Paradigmenwechsels (vgl. Kapitel 2.3.4).

Ferner wird ersichtlich, dass die persönliche Präferenz einer Entbindungsart von GeburtsmedizinerInnen nicht mit deren Bereitschaft gleichzusetzen ist, der Durchführung eines gewünschten Kaiserschnitts zuzustimmen. Die Zustimmungswerte liegen deutlich höher, dennoch lassen wiederum andere Studienergebnisse vermuten, dass die persönliche ärztliche Präferenz für den Entbindungsmodus Kaiserschnitt durchaus einen Einflussfaktor im Entscheidungsprozess von schwangeren Nutzerinnen für deren Geburtsmodus darstellt (Hantoushzadeh et al., 2009; Finsen et al., 2008). Zudem existieren vergleichsweise wenige Studien, die ärztliche Zustimmungsraten für die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ geschlechtergetrennt aufgeschlüsselt haben. Scott et al. (2005) haben bei einer Befragung unter kanadischen FrauenärztInnen (n=162, 100 ♀ und 62 ♂) eine höhere Zustimmungsbereitschaft bei Ärzten (34%) festgestellt als bei Ärztinnen (16%). Lavender et al. (2005) befragten in England 660 FrauenärztInnen (188 ♀ und 468 ♂) und veröffentlichten geschlechtergetrennte Zustimmungswerte von 54% der Männer und 36% der Frauen. Auch für US-amerikanische FrauenärztInnen belegten Ghetti et al. (2004) sowie Bettles et al. (2007) eine größere Zurückhaltung diesbezüglich bei Ärztinnen. Des Weiteren scheint der Einfluss auf die Entscheidung von Schwangeren für einen Geburtsmodus durch klinisch tätige GeburtsmedizinerInnen von größerer Bedeutung zu sein, als der ihrer niedergelassenen Kolleginnen; darauf deuten zumindest die Ergebnisse einer Studie von Emmett et al. (2006) mit 21 Interviews von Wöchnerinnen hin.

Vor dem Hintergrund dieser skizzierten Studienlage zu persönlichen Einstellungen und professionelle Haltungen von FrauenärztInnen zum „Wunschkaiserschnitt“ wird auf die Entwicklung der NutzerInnenorientierung im Gesundheitswesen genauer eingegangen. Anknüpfend an die Forschungsfrage wird verfolgt, wie eine mit diesem Konzept verbundene Subjektorientierung und Partizipation in der geburtsklinischen Versorgung zur Verknüpfung des Wunsches nach einer medizinisch nicht notwendigen, operativen Entbindung mit dem Verständnis von Selbstbestimmung schwangeren Frauen führen konnte. Schließlich wird der Einfluss dieser Entwicklung auf (klinik-)ärztliche Interaktionsgestaltungen mit Nutzerinnen im Zuge des Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ und das hierfür propagierte Konzept „Informed Consent“ kritisch betrachtet.

### **NutzerInnenorientierung und die „Mikro-Mündigkeit“**

Mit der Publikation von Partizipationskonzepten im Zuge der so genannten Bürgerrechtsbewegungen der 1960er Jahre (Arnstein, 1969) und mit der in den 1970er Jahren zunehmend formulierten Kritik am Umgang der professionellen AkteurInnen des Gesundheitssystems mit PatientInnen (Illich, 1975; Foucault, 1973) werden auch die Anfänge der NutzerInnenorientierung im Gesundheitswesen verortet (Friesacher, 2010; Marent et al., 2009; Wright et al., 2007; Klemperer, 2003; Milles, 2002). 1986 wurde die Stärkung der Position von PatientInnen in der Ottawa-Charta der WHO als gesundheitspolitisches Ziel festgeschrieben, seit Anfang der 1990er Jahre forderten ExpertInnen die Orientierung gesundheitlicher Versorgung an den Bedürfnissen und Interessen von PatientInnen sowohl international als auch national mehr und mehr ein (Badura et al., 1999; Schwartz, 1999; Charles et al., 1997; Dekkers, 1997; Engel, 1996; WHO, 1994; Charles & DeMaio, 1993; Schott, 1993; Emanuel & Emanuel, 1992; SVR, 1992; Wallerstein, 1992). Zugleich zeigten etliche internationale und nationale Studien stetig steigende Erwartungen von PatientInnen, an medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden (Böcken et al., 2004; Coulter & Magee, 2003; Streich et al., 2002; Rosen et al., 2001; McKinstry, 2000; Wasem, 1999; Klingenberg et al., 1996). Im Folgenden soll zunächst der Fokus der Betrachtung – entsprechend dem Bezugsrahmen der vorliegenden Studie – auf die weitere Entwicklung im deutschen Gesundheitssystem gelegt werden.

In der Publikation „Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (GBE) betonen die AutorInnen einleitend, dass mit dem Thema *„die Vorstellung [verbunden ist] durch mehr Unterstützung, Partizipation, Information und Integration der Betroffenen Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen zu korrigieren, gesundheitliche Versorgung an den Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten, Präferenzen und Qualitätsmaßstäbe der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen (...)“* (Dierks et al, 2006, S.7). Der Ausdruck „Betroffene-

ne“ wirkt zwar nicht sehr glücklich gewählt, zeigt aber das Ringen um Begrifflichkeiten bei dieser Thematik. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen führte den Begriff „NutzerInnen“ ein, um unterschiedliche Rollen im Gesundheitssystem – auf der Makroebene als BürgerInnen, auf der Mesoebene als Versicherte und auf der Mikroebene als (fakultative) PatientInnen (oder KonsumentInnen) – als Ganzes zu erfassen (SVR, 2001). Im deutschsprachigen Raum etablierte sich somit der Begriff NutzerInnenorientierung im Gesundheitswesen.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) (vgl. Kapitel 3.2.1) wurden 2003 Grundlagen für BürgerInnenbeteiligung im deutschen Gesundheitssystem geschaffen: Die Position einer/eines PatientInnenbeauftragten auf Bundesebene wurde festgeschrieben. In den Gemeinsamen Bundesausschuss, der den Leistungskatalog der GKV festlegt, wurden neun PatientInnen-VertreterInnen aufgenommen, auch in weiteren entscheidungsrelevanten Institutionen und Gremien auf Bundes- oder Länderebene wurden BürgerInnen zur Vertretung von NutzerInneninteressen hinzugezogen (z.B. die GBE-Kommission des Robert-Koch-Institutes oder Ethikkommissionen der LandesärztInnenkammern). Eine PatientInnen-Charta – als Leitfaden für die in Deutschland geltenden PatientInnenrechte – wurde erstellt. Es erfolgte die Gründung eines unabhängigen Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Als Beispiele für die Stärkung der Beteiligung auf der Mesoebene werden vorrangig die Sozialwahlen und die seit 1996 bestehende Möglichkeit der NutzerInnen für einen Krankenkassenwechsel angeführt (Dierks et al., 2006; Amhof et al., 2005; Krause & Rothgang, 2005).

Positiv betrachtet stellen diese Maßnahmen zur Stärkung von NutzerInnenorientierung einen gelungenen Ansatz dar, Partizipation von BürgerInnen und Versicherten auf den Makro- und Mesoebenen des Gesundheitssystems zu ermöglichen. Marent et al. (2009) betonen allerdings, dass (auch) in einem gesundheitspolitischen Kontext noch keine einheitliche Definition von Partizipation existiert. Als erschwerend bezeichnen die Autoren eine grundsätzlich positive Konnotation des Begriffes Partizipation, die Machtinteressen verschleiern kann. Die Verwendung dieses Begriffes durch unterschiedliche AkteurInnen kann durchaus mit unterschiedlichen Zielsetzungen einhergehen und sogar als administrative Strategie zur Legitimierung von politischen Entscheidungen fungieren.

Die Beurteilung der zuvor angeführten Beteiligungsmaßnahmen von NutzerInnen – unter einem Verständnis von Partizipation als Teilhabe oder Einbindung in Entscheidungsprozesse – fällt enttäuschend aus: In den meisten Gremien besitzen NutzerInnen nur eine anhörende oder beratende Funktion, stimmberechtigte EntscheidungsträgerInnen sind sie nicht und können Gefahr laufen, instrumentalisiert zu werden<sup>129</sup>.

Das lange von ExpertInnen und NutzerInnen eingeforderte PatientInnenrechtsgesetz in dem zusammenfassend alle Rechtsnormen festgeschrieben sind; wurde zwar 2012 im Bundestag verabschiedet, die ebenso lange angekündigten Maßnahmen zur Stärkung der Rechte gegenüber den LeistungserbringerInnen und KostenträgerInnen bleiben jedoch deutlich hinter den Erwartungen zurück (Tolmein, 2013). Der Ruf der Unabhängigkeit des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat zumindest in der Darstellung der öffentlichen Medien seit der umstrittenen Nichtverlängerung des Vertrages mit dem Leiter Peter Sawicki gelitten (Bartens & Bohsem, 2010; Sieber, 2010); Kommentierungen, wie beispielsweise in der Zeitschrift „Spiegel“: *„In Wahrheit ging es um Macht, wissenschaftliche Unabhängigkeit und Parteipolitik (...)“* (Grill, 2010, S.83), waren keine Seltenheit. Die Wahlbeteiligung der Sozialwahlen<sup>130</sup> liegt seit Jahren bei knappen 30% und unter dem ebenfalls geringen Prozentsatz der NutzerInnen, die vom Recht auf Krankenkassenwechsel Gebrauch machen, finden sich vorwiegend Versicherte mit höherem Bildungsniveau (Deutsche Rentenversicherung Bund et al., 2011; RKI, 2007; Dierks et al., 2006; Krause & Rothgang, 2005; Zok, 2004).

Kritisch zu hinterfragen bleibt also, inwieweit die aufgeführten Maßnahmen zu einer tatsächlichen Teilhabe von NutzerInnen an Entscheidungsprozessen beitragen oder ob doch *„(...) schließlich die Akzeptanz von Gesundheitszielsetzungen und Gestaltungsentscheidungen in der Bevölkerung zu erhöhen“* (Dierks et al, 2006, S.7) – so endet der zuvor zitierte Satz im GBE-Publikationsheft „Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ – im Vordergrund des Interesses von gesundheitspolitischen AkteurInnen steht.

---

<sup>129</sup> Am Beispiel der PatientInnen-VertreterInnen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sei hier aber auch darauf hingewiesen, wie problematisch sich die Umsetzung von BürgerInnenbeteiligung an Entscheidungen im Gesundheitssystem gestalten kann: Der G-BA wird als *„mächtigstes Gremium mit Bürgerbeteiligung“* (RKI, 2007, S.205) im Gesundheitswesen angesehen. Einerseits kann die relativ geringe Einflussnahme der so genannten „Patientenbank“ kritisiert werden; Braun formuliert seine Kritik wie folgt: *„Offensichtlich schwindet die Bereitschaft zur Patientenorientierung mit der Nähe zur Macht rapide“* (Braun, 2005, S. 212). Andererseits fehlt den VertreterInnen bis dato eine demokratische Legitimierung; die Organisationen (z.B. der Deutsche Behindertenrat), die zur Benennung der VertreterInnen ermächtigt sind, unterliegen keinem Wahlmechanismus. Neben schwer zu gewährleistender Sachkenntnis der PatientInnenvertreterInnen wird ebenfalls aufgrund wechselnder Benennung jeweiliger *„Funktionäre“* (Krause & Rothgang, 2005, S.204) der entsprechenden Organisationen ein Kommunikations- und Informationsdefizit sowie grundsätzlich eine unausgewogene Geschlechterbeteiligung (zu Ungunsten von Frauen) beklagt (RKI, 2007; Krause & Rothgang, 2005).

<sup>130</sup> Mit den Sozialwahlen können Versicherte einer Krankenkasse alle sechs Jahre ArbeitnehmerInnenvertreterInnen in den Verwaltungsrat der Kasse wählen. In der überwiegenden Mehrheit handelt es sich dabei um so genannte Friedenswahlen. Friedenswahlen sind – im Gegensatz zu „Urwahlen“ – Wahlen ohne Wahlhandlung, in der Regel kann nur eine Vorschlagsliste bestätigt werden. So kommen Krause und Rothgang zu dem Schluss: *„Die Legitimationsdefizite der Sozialwahlen zeigen sich – neben der recht langen Wahlperiode von sechs Jahren und der daraus resultierenden seltenen Möglichkeit der aktiven Teilnahme an der Wahlentscheidung – insbesondere in der Aushöhlung des Wahlaktes durch die überwiegenden „Friedenswahlen““* (Krause & Rothgang, 2005, S.199).

Es wird ersichtlich, dass Begriffe wie NutzerInnenorientierung und Partizipation zwar eine hohe programmatische Bedeutung transportieren, aber mit heterogenen Ideen und Zielsetzungen einhergehen können (Friesacher, 2010; Marent et al., 2009). Dies wird auch bei Betrachtung von PatientInnenbeteiligung an Entscheidungen auf der Mikroebene deutlich. Auf die Konzepte, die der Einbindung von NutzerInnen auf dieser Ebene zugrunde liegen, wird an anderer Stelle noch ausführlich eingegangen, zunächst werden mögliche Auslegungen von NutzerInnenorientierung und Partizipation in Interaktionen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen in den Blick genommen.

Dieterich hat 2006 unterschiedliche (Be-)Deutungen der Beteiligung von NutzerInnen auf der Mikroebene – aus einer standespolitisch geprägten, ärztlichen Perspektive – textanalytisch untersucht. Als Textmaterial dienten Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt (DÄB). Das DÄB stellt das offizielle Publikationsorgan der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dar. Neben der Veröffentlichung von medizinischen Fachartikeln und Stellenanzeigen für ÄrztInnen fungiert das DÄB insbesondere als Publikationsplattform für standesinteressen-politische Stellungnahmen. Die Zeitschrift wird wöchentlich und kostenfrei den Mitgliedern der Ärztekammern zugestellt, somit erreicht das DÄB alle (in Landesärztekammern registrierte) ÄrztInnen Deutschlands. Angesichts dieser weitreichenden Verbreitung und der potentiell starken meinungsbildenden Position, die das Deutsche Ärzteblatt innerhalb der deutschen ÄrztInnenschaft einnimmt, hat Dieterich (2006) die Zeitschrift einer systematischen Literaturrecherche unterzogen. Studienziel war, die offiziellen, ärztlichen Debatten und Positionierungen zu NutzerInnenorientierung nachzuvollziehen, die die Interaktionsebene zwischen PatientInnen und ÄrztInnen betreffen. Die Verfasserin verweist darauf, dass ihre Untersuchung *„auf den ärztlich-professionellen Spezialdiskurs zum mündigen Patienten fokussiert“* (Dieterich, 2006, S.19), um konstruierte Realitäten und soziale Wirklichkeiten in ihrem historisch-gesellschafts-politischen Bezug zu erfassen: *„Verstanden als relevantes Handlungsfeld auf der Mikroebene des Gesundheitssystems, ist die Arzt-Patient-Beziehung derzeit Gegenstand von Analysen und Konzeptbildungen, die als Reaktion auf (...) gesundheitspolitische Einflussfaktoren gelesen werden können“* (Dieterich, 2006, S.13).

Im Rahmen der Analyse von 73 Artikeln von 1996 bis 2005 identifiziert Dieterich (2006) „den mündigen Patienten“ als Schlüsselbegriff. Die Autorin beschreibt im Hinblick auf den Begriff „des mündigen Patienten“ vier Diskursstränge: Recht und Ethik, Wissen und Information, Strukturprobleme sowie Finanzierungsfragen. Sie verdeutlicht, wie mit dem Bild von mündigen PatientInnen sehr unterschiedliche Bedeutungszuschreibungen verbunden sein können, die je nach standespolitischer Interessenslage eine entsprechende Gewichtung erhalten. Im Diskursstrang „Recht und Ethik“ wird Mündigkeit von PatientInnen sowohl als Grundrecht als auch als Pflicht zur Gesunderhaltung betrachtet, aktive und eigenverantwortliche PatientInnen erschei-



nen als ideales Resultat der NutzerInnenorientierung auf der Mikroebene. Allerdings wird vorrangig ÄrztInnen zugeschrieben, NutzerInnen durch Informationsvermittlung zu Mündigkeit und Entscheidungskompetenz zu befähigen. Mit Verweis auf ein von PatientInnen niemals erreichbares medizinisches Fachwissen wird gleichwohl ein aktives und eigenverantwortliches Handeln von NutzerInnen problematisiert, insbesondere wenn es dazu führt, ÄrztInnen fachlich in Frage zu stellen und damit ärztlicher Statusverlust droht. Mündige PatientInnen werden wiederum als Argument in strukturell-gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen (z.B. zwischen ÄrztInnen und Krankenkassen) angeführt, die Koppelung von Interessen von PatientInnen und ärztlichen Eigeninteressen (z.B. die ärztliche Wahlfreiheit) soll standes(macht)-politischen Forderungen Nachdruck verleihen. Ähnliche Argumentationsmuster lassen sich im Diskursstrang „Finanzierungsfragen“ finden, so bei Debatten um die Aufnahme ärztlicher Versorgungsangebote in den GKV-Leistungskatalog. Zugleich wird zwar eine Verlagerung finanzieller Verantwortung zu Lasten von PatientInnen (Stichwort IgeL) akzeptiert, eine Beziehung als ärztliche Dienstleistende für KundInnen wird aber auch als Status bedrohend empfunden (Dieterich, 2006). Anhand der skizzierten vier Diskursstränge wird deutlich, dass der Begriff der Mündigkeit zweckgebunden und zielgerichtet für Machtinteressen eingesetzt werden kann; hier ergibt sich eine Parallele zur Verwendung des Partizipationsbegriffes. Gemeinsam ist allen Diskursausrichtungen, dass individuelles Handeln von PatientInnen in das Zentrum der thematischen Betrachtung gerückt wird und entweder standespolitisch interessegeleitete Argumentationen verstärken oder schwächen soll.

Anknüpfend an die Forschungsfrage dieser Arbeit ist von Relevanz, ob und wie die von Dieterich (2006) untersuchten Spezialdiskurse Einfluss auf ärztliche Interaktionsgestaltungen mit NutzerInnen nehmen können. Aufschlussreich ist diesbezüglich eine von Ernst et al. (2007) durchgeführte Interviewstudie mit 15 ÄrztInnen eines deutschen Universitätsklinikums (4 ♀ und 11 ♂). Studienziel war die Untersuchung ärztlicher Einstellungen zu partizipativ-partnerschaftlichen Interaktionsgestaltungen mit PatientInnen im Behandlungsprozess. Ein zentrales Ergebnis dieser Studie war, dass die Interviewten mit NutzerInnen-Partizipation vorrangig Mündigkeit von PatientInnen in Verbindung brachten und diese „zur Versachlichung der Arbeitsbeziehung“ (Ernst et al., 2007, S.214) – im Sinne sachbezogenen Behandlungsplänen zuzustimmen oder abzulehnen – beitragen soll. Dem stehen Deutungen von NutzerInnen gegenüber, die mit einem Partizipationskonzept auf der Mikroebene vor allem eine von Vertrauen geprägte Beziehungsgestaltung verknüpfen (Ernst & Schwarz, 2006).

Dieterich (2006) betont, dass der Begriff des „mündigen Patienten“ ausnahmslos – in allen von ihr untersuchten Artikeln – stereotypisch verwendet wird und den Eindruck einer homogenen Gruppe von NutzerInnen vermittelt; lediglich Differenzierungen

hinsichtlich des Bildungsstatus werden vorgenommen, weitere Einflussfaktoren, wie Einkommen, Alter, Migrationshintergrund, akuter oder chronischer Krankheitsstatus, unterschiedliche biographische Erfahrungen oder die Kategorie Geschlecht werden nicht berücksichtigt. Einem undifferenzierten Bild von PatientInnen steht eine ganze Palette von Begrifflichkeiten gegenüber, wie Partizipation, Mündigkeit<sup>131</sup>, Autonomie, Entscheidungsfreiheit, Eigenverantwortung, die mit sehr heterogenen Vorstellungen und Konzepten einhergehen können und als ambivalente Konstrukte im Rahmen einer *wettbewerbsorientierten* Gesundheitswirtschaft NutzerInnen zunehmend zu individueller Verantwortungsübernahme zwingen können (Friesacher, 2010; Ernst et al., 2007; Dieterich, 2006).

Im Zusammenhang mit der geburtsklinischen Entbindung durch einen medizinisch nicht notwendigen Kaiserschnitt werden allerdings nicht „mündige Schwangere“ angeführt, in diesem Kontext stellt Selbstbestimmung den zentralen Begriff dar.

### **The undoing of self-determination – “Yes, you must”<sup>132</sup>**

Im ausgehenden 19. Jahrhundert hatte die so genannte erste Frauenbewegung in Europa und den Vereinigten Staaten von Amerika zunächst insbesondere auf die Durchsetzung des politischen Wahlrechts sowie des Rechtes auf Bildung und Beruf für Frauen abgezielt. Aber auch schon in der Weimarer Republik wurden von Aktivistinnen der ersten Frauenbewegung Sexualaufklärung und das Recht auf selbstbestimmte weibliche Sexualität thematisiert und eingefordert (Kuhlmann & Kolip, 2005; Schmerl, 2002).

Schwerpunkt der „zweiten“ Frauenbewegung im 20. Jahrhundert war hingegen das Selbstbestimmungsrecht der Frau über ihren Körper, diese politische Bewegung war gekennzeichnet durch eine *„Strategie der Körperpolitik und die damit verbundene Kritik an der gesundheitlichen Situation und an der medizinischen Behandlung von Frauen“* (Schmerl, 2002, S.33). Ausgehend von der Forderung nach reproduktiver Selbstbestimmung von Frauen und im Zuge einer öffentlich geführten Auseinander-

---

<sup>131</sup> Diese Begrifflichkeiten erinnern stark an die Ideale der bürgerlichen Aufklärung, die abendländische Kulturen prägen (Klotter, 2010; Dieterich, 2006) und im Zuge dessen werden hier – unkommentiert – die ersten Sätze des Aufsatzes von Immanuel Kant aus der Dezember-Nummer der „Berlinischen Monatsschrift“ von 1784 zitiert: *„Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschliebung und des Mutes liegt, sich seiner Leitung ohne eines andern zu bedienen“* (Kant, 1996, S.9).

<sup>132</sup> McRobbie benutzt in ihrer Analyse des Postfeminismus den Begriff *„undoing of feminism“* (2010, S.32) (Abwicklung des Feminismus), in der Einleitung der deutschen Übersetzung von „The Aftermath of Feminism“ verdeutlichen Hark und Villa die Abwicklung des Selbstbestimmungsbegriffes der „zweiten“ Frauenbewegung mit der Umformulierung des Slogans der Women's Liberation Movement: *„Yes, we can!“* in *„Yes, you must!“* (2012, S.12).

setzung<sup>133</sup> um das Recht auf Schwangerschaftsabbruch wurden mit der zweiten Frauenbewegung sowie der sich daraus entwickelnden Frauengesundheitsbewegung die Zusammenhänge zwischen einer „*männlich zentrierten Gesetzgebung und Rechtsprechung*“ und „*einem hierarchischen von Männern dominierten Medizinsystem*“ (Schmerl, 2002, S.33) mehr und mehr offengelegt. „Mein Bauch gehört mir“ als Ausdruck der Abwehr von patriarchaler Fremdbestimmung gestaltete sich zu der prägenden Parole und entsprechend wurde Selbstbestimmung zu einem zentralen Begriff der Frauenbewegung der 1970er und 1980er Jahre. Der Selbstbestimmungsbegriff kann in diesem historischen Kontext als oppositionelle Forderung verstanden werden, als Abwehr eines gesellschaftlichen Zwanges zum Austragen einer ungewollten Schwangerschaft (Schneider, 2003). Ein weiterer Leitspruch der Frauenbewegung in den 1970er und frühen 1980er Jahren verdeutlicht noch eine andere Dimension des zu dieser Zeit angewandten Selbstbestimmungsbegriffes: „Das Private ist politisch“. Körperbezogene Themen von Frauen im öffentlichen Raum selbstbewusst zu präsentieren und damit soziale und politische Veränderungen zu erkämpfen, schuf zugleich eine „*spürbare Erfahrung*“ von „*kollektiver Macht von Frauen*“ (Kuhlmann & Kolip, 2005, S.32). Der Gedanke von Kollektivität dieser Jahre<sup>134</sup>, der dem Selbstbestimmungsbegriff inne wohnte, muss laut Kuhlmann und Kolip im historischen Kontext der Erfahrung betrachtet werden, dass gemeinsames Handeln von Frauen eine politische Kraft darstellen konnte. Dies führte zwar dazu, dass Akteurinnen der Frauen(gesundheits)bewegung anfangs die Heterogenität von Frauen vernachlässigten und zunächst eine sexualorganzentrierte Schwerpunktsetzung verfolgten, die eine dichotome Geschlechterzuordnung und ein von dieser Vorstellung geprägtes, medizinisches Wissenssystem nicht in Frage stellte. Dennoch leisteten die Protagonistinnen der zweiten Frauenbewegung einen wesentlichen Beitrag, die Grenzen zwischen Professionellen und NutzerInnen des Gesundheitssystems neu auszuhandeln und beförderten zunehmend ein Verständnis für eine NutzerInnen- und Subjektorientierung in der gesundheitlichen Versorgung (Kuhlmann & Kolip, 2005).

Schneider weist auf den Wandel und die Veränderungen hin, die der Selbstbestimmungsbegriff seit den Anfängen der zweiten Frauenbewegung erfahren hat – bis hin zu einem aktuellen Verständnis als „*individuelles Verfügungsrecht über den eigenen*“

---

<sup>133</sup> In Deutschland bekannten 374 Frauen am 6. Juni 1971 in der Zeitschrift „Stern“: „*Ich habe abgetrieben. Ich bin gegen den Paragraphen 218 und für Wunschkinder.*“ Diese Selbstbezeichnung war keineswegs selbstverständlich, nicht nur soziale Repressionen, auch mehrjährige Gefängnisstrafen konnten Folgen dieser Bekenntnisse sein.

<sup>134</sup> Dieses Verständnis von einer basisdemokratischen Kollektivität der 1970er und 1980er Jahre gilt es abzugrenzen von einem Kollektivismus im Sinne von Konformismus, der in diktatorischen Herrschaftssystemen propagiert wird.

*Körper*“ (Schneider, 2003, S.72). Helfferich (2012) teilt diesen Veränderungsprozess in drei Phasen ein. Die erste Phase verortet sie in den 1970er Jahren und bezeichnet diese im Kontext der zweiten Frauenbewegung, analog zu Schneider, als Aufhebung von Fremdbestimmung und Selbstermächtigung im Sinne von Körperaneignung.

Eine zweite Phase wird von Helfferich als Umbruchsphase beschrieben, in der – im Rückgriff auf historische Bezüge der Diskriminierung von Frauen – Selbstbestimmungsgedanken in den 1980er und 1990er Jahren stark mit Begriffen wie „Frauengerechtigkeit“ und „Bedarfsgerechtigkeit“ verknüpft werden. Als vorrangige AdressatInnen der Leitbegriffe galten professionelle AkteurInnen im Gesundheitssystem (Helfferich, 2012). Nach Schneider liegt die Konnotation von Selbstbestimmung in dieser Transformationsphase auf *„Selbstbestimmung als soziales Anspruchsrecht“* (Schneider, 2003, S.70). In dieser Zeit entwickelten sich in Deutschland Frauengesundheitszentren sowie Therapie- und Beratungsprojekte für Frauen. Kuhlmann und Kolip (2005) betonen, dass diese allerdings nie eine vergleichbare Professionalisierung wie in den Vereinigten Staaten von Amerika erreichten, da diese – im Gegensatz zu nordamerikanischen Projekten – nicht auf struktureller Ebene des Gesundheitssystems eingebunden waren. Gleichwohl etablierte sich in dieser Zeit die Diskussion um NutzerInnenorientierung und Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen (Badura et al., 1999; Schwartz, 1999; Engel, 1996; Schott, 1993; SVR, 1992). Exemplarisch für das Bestreben zur Neuausrichtung des deutschen Gesundheitswesens kann das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ angeführt werden (SVR, 2001). Rückblickend kommen Kuhlmann und Kolip (2005) zu dem Schluss, dass die Forderungen nach Veränderungen, die mit dem Selbstbestimmungsbegriff der zweiten Frauenbewegung einhergingen, sich eher auf einer kulturellen Ebene außerhalb des Gesundheitswesens vollzogen als strukturelle Defizite im Versorgungssystem zu beseitigen. Zwar konstatieren sie für diese Phase durchaus wachsende gesellschaftliche Auseinandersetzung mit *„kulturellen Normen und Einstellungen zu Sexualität“* (Kuhlmann & Kolip, 2005, S.43) sowie Pluralisierung von Gesundheitsinformationen, jedoch beklagen sie das Fehlen entsprechender Professionalisierung und Institutionalisierung in Forschung und Praxis.

Hier schließt die dritte von Helfferich (2012) beschriebene Phase an: In dem Diskurs der Post-1990er-Jahre wird das Selbstbestimmungskonzept zunehmend mit Begriffen wie „Qualitätssicherung“ und „Effizienz“ verbunden, AdressantInnen dieser Leitbegriffe sind nunmehr Institutionen.

Dieser Analyse folgend bedarf es noch eines weiteren Rückblicks in die 1990er Jahre. In diesen Jahren wurden die schon zwei Jahrzehnte zurückliegenden Anfänge der Diskussion in der feministischen Theorie um die sozialen Dimensionen von Ge-

schlechterkategorien („gender“ versus „sex“) (Oakley, 1972) wieder verstärkt aufgegriffen und weiterentwickelt. Insbesondere die Arbeiten von Butler (1995, 1991) trugen dazu bei, eine breite Auseinandersetzung über die Mehrdimensionalität von Geschlechterkategorien zu befördern. Daran anknüpfend fand im weiteren Verlauf das so genannte Gender-Mainstreaming-Konzept rasante Verbreitung. Zunächst auf der vierten Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking als zentrale Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter verabschiedet, wurde Gender-Mainstreaming 1997 in der Europäischen Union als Leitprinzip verankert und nach erfolgter Ratifizierung durch die Bundesrepublik Deutschland wurden seit 2000 entsprechende Arbeitsgruppen in verschiedenen Bundesministerien eingerichtet: *„Das Konzept folgt einem top-down-Prinzip, das politisch-administrative Strategien und betriebswirtschaftliche Instrumente nutzt und sich an die an den Gestaltungsprozessen Beteiligten in Politik, Verwaltung und Organisation wendet. Das Konzept zielt auf die Verbesserung der Gleichstellung von Frauen und Männern in allen gesellschaftlichen Bereichen und auf die Optimierung organisatorischer Prozesse. Die unterschiedlichen Zielsetzungen ‚soziale Gerechtigkeit‘ sowie ‚Qualität und Wirtschaftlichkeit von Dienstleistungen‘ werden in diesem Prozess verknüpft“* (Kuhlmann & Kolip, 2005, S.74).

Positiv besehen kann das „Gender-Mainstreaming-Konzept“ die beklagte Lücke der fehlenden Institutionalisierung von Bedarfsgerechtigkeit schließen: Als politische Strategie und zugleich gleichstellungspolitisches Instrument innerhalb öffentlicher Institutionen – also auch im öffentlichen Gesundheitswesen – sollen nun EntscheidungsträgerInnen verpflichtet werden, neben wirtschaftlichen Aspekten vorrangig die Bedeutung sozialer Konstruktionen von Geschlecht in Entscheidungen zu berücksichtigen. Frauenförderpläne als Unterstützungsmaßnahme der 1990er Jahre für das (ewig) benachteiligte Geschlecht schienen somit überholt und als unzureichend entlarvt (Kuhlmann & Kolip, 2005; Walby, 2002; WHO, 1998).

Im Zuge dieser Entwicklung zeigt sich allerdings auch auf vielen Ebenen eine neue sprachliche und inhaltliche Akzentuierung, beispielsweise erfolgt eine Verschiebung von Frauen- zu Geschlechterforschung, bzw. von Frauengesundheitsforschung zu geschlechtergerechter Gesundheitsforschung und entschärft damit potentielle (feministische) Systemkritik (Hark, 2005). An dem Begriff „work-life-balance“ wird noch deutlicher, wie zeitgenössisches Vokabular Einfluss auf Inhalte nimmt, Diskriminierung und Benachteiligung von Frauen im Berufsleben werden sprachlich verwässert, inhaltlich wird eine individualisierte (*Verhaltens-*)Problematik impliziert („das eigene Gleichgewicht finden“), Kritik an gesellschaftlichen *Verhältnissen* tritt in den Hintergrund (Mc Robbie, 2010).

Bei genauerer Betrachtung der Begrifflichkeiten, die den Diskurs dieser dritten Phase prägen, wird die von Helfferich (2012) beschriebene Transformation des Selbstbestimmungsgedanken der zweiten Frauenbewegung deutlich. Zielgruppenspezifische

Angebote und Maßnahmen haben innerhalb und außerhalb des Gesundheitsversorgungssystems Akzeptanz gefunden und werden mit Begriffen wie „betriebswirtschaftliche Instrumente“, „Wirtschaftlichkeit“ und „Qualität von Dienstleistungen“ verknüpft. Angesichts des in den 1990er Jahren vollzogenen gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels im deutschen Gesundheitswesen zur wettbewerbsorientierten Gesundheitswirtschaft ist diese Neuausrichtung (system-)schlüssig.

Mit einer Organisationsentwicklung wie dem „Gender-Mainstreaming-Konzept“, das *„bereinigt vom Feminismusverdacht“* (Helfferich, 2012, S.31) scheint<sup>135</sup>, wird die Interessenvertretung für frauen- oder geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung in die Institutionen verlagert, die dabei gleichzeitig im marktwirtschaftlichen Wettbewerb ihre betriebswirtschaftliche Rentabilität unter Beweis stellen sollen. Auf die Gefahr, dass bei Verbindung dieser höchst unterschiedlichen Zielsetzungen ökonomische Interessen über angestrebte Geschlechtergerechtigkeit dominieren werden, wurde schon 2003 von Stiegler hingewiesen. Durchaus liegen im Konzept des Gender-Mainstreaming Potentiale, um im Gesundheitssystem ein neues Verständnis für die Bedeutung von Geschlechterkategorien für eine effiziente Versorgung zu implementieren (Kuhlmann & Kolip, 2005); dennoch gelangt Helfferich 2012 zu der Ansicht, dass somit Aushandlungen über Begriffsauslegungen und -konstruktionen – auch die Definition von Selbstbestimmung – überwiegend den entsprechenden Institutionen und Organisationen überlassen wurden und diese dort durch Kämpfe um Ressourcen geprägt und (herrschafts-)machtinteressengeleitet sind<sup>136</sup>.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass mit der Implementierung neuer Finanzierungs- und Steuerungselemente im deutschen Gesundheitssystem in den 1990er Jahren eine neoliberale Diskursausrichtung hinsichtlich der „Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten“ verbunden war (vgl. Kapitel 3.2.1). Der Begriff Eigenverantwortung kann zwar gestalterische und partizipatorische Elemente der NutzerInnen implizieren, gleichzeitig befördern die ökonomischen Rahmenbedingungen der jetzigen Gesundheitswirtschaft aber eine stärkere Auslegung von Eigenverantwortung im Sinne einer „KundInnen- oder KonsumentInnenrolle“ (Friesacher, 2010). Einen weiteren Aspekt der stärkeren Betonung von Eigenverantwortung – mit Hinweis auf das sich ebenfalls geänderte Verständnis von Gesundheit – führt Schneider an. Mit dem „salutogetischen“ Aufbrechen der Polarität von Gesundheit und Krankheit wird laut Autorin nun ein Gesundheitsbegriff mit einer *„nach oben offenen Skala“*

---

<sup>135</sup> Mc Robbie ist in ihrer Deutung noch radikaler, sie nennt das Gender-Mainstreaming-Konzept *„eine ‚respektable‘ Version von Feminismus, (...) ‚zurechtgemacht‘ für die Zustimmung durch die globale Regierungsgewalt“* (Mc Robbie, 2010, S.199) sowie einen *„professionellen Feminismus, der geruhsam innerhalb der Institutionen des Staates arbeitet“* (Mc Robbie, 2010, S.200).

<sup>136</sup> In der taz kommentierte 2007 Wichterich (o.S.) diese Entwicklung mit den Worten: *„Der globalisierte Neoliberalismus erfindet seinen eigenen Feminismus und seine eigenen Feministinnen“*.

(Schneider, 2003, S.75) eingeführt, der – in Verbindung mit einem „Eigenverantwortungsdiskurs“ – auch zu einer neuen sozialen Norm werden kann. Gesundheit kann somit zu einem gesellschaftlichen Leistungszwang werden und Krankheit kann entsprechend als eine Form individueller Schuld – ein Versagen der Eigenverantwortlichkeit – angesehen werden<sup>137</sup>. *„Selbstbestimmung unter einem solchen totalen Gesundheitsbegriff kann damit Selbstunterwerfung unter die Norm eines nie erreichbaren Grades oder Ideals von Gesundheit bedeuten.“* (Schneider, 2003, S.78).

Für den Forschungskontext dieser Arbeit ist nun von wesentlicher Bedeutung, welche Auswirkungen die bislang skizzierten Bezüge zur zweiten Frauenbewegung und die sich daran anschließenden (gesundheits-)politischen Entwicklungen auf das Verständnis von „reproduktiver Selbstbestimmung von Frauen“ im derzeitigen geburtsmedizinischen Versorgungssystem haben können.

Zunächst fällt die fast schon automatische Verwendung des Begriffs Selbstbestimmung im Kontext von Geburt sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Fachwelt auf (Taschner & Scheck, 2012; AG MedR DGGG, 2010a; Dudenhausen, 2008; Jonat et al., 2008, Vetter & Goeckenjan, 2005; Haller et al., 2002; Schneider, 2002; Husslein, 2000). Allerdings ist das so häufig angeführte (reproduktive) Selbstbestimmungsrecht nicht mehr als eine oppositionelle Forderung zu verstehen. Verwies die Betonung der §218-Parole „Mein Bauch gehört *mir!*“ noch darauf, dass der eigene Körper nicht fremdbestimmten Entscheidungen zu unterliegen hat, fand mit der zeitgenössischen Lesart von Selbstbestimmung eine Akzentverschiebung statt: „Mein Bauch *gehört* mir!“ verdeutlicht nunmehr ein individuelles Besitz- und Verfügungsrecht am eigenen Körper (Duden, 2010; Schneider, 2003).

Ein (Körper-)Verständnis von Besitz- und Verfügungsrechten passt plausibel als semantische Verknüpfung und argumentatives Muster in das Konstrukt der Kundinnenrolle im geburtsmedizinischen Versorgungssystem. Zugleich kann nun die Betonung der Eigenverantwortung bei schwangeren Nutzerinnen als (sozialnormierte) Verpflichtung ausgelegt werden, im Sinne von verantwortungsvoller Mutterschaft eine Entscheidung über verschiedene geburtsklinische Angebote von Geburtsmodi zu treffen. Die von der Institution Geburtsklinik vorgegebenen Wahlmöglichkeiten des Entbindungsmodus stellen mithin eine international verbreitete, neoliberale Modifikation des Selbstbestimmungsrechts der Schwangeren dar (Rose & Schmied-Knittel, 2011; Duden, 2010; Kukla et al., 2009; Bryant et al., 2007). Bergeron beschreibt

---

<sup>137</sup> Friesacher (2010) wertet dies als Machtausübung im Sinne der von Foucault (1987) beschriebenen Gouvernementalität. Villa et al. verweisen im Kontext von Geburt, dass *„Geburt (...) ein biopolitisches Feld [ist], das in der Frauen- und Geschlechterforschung sowie in feministischen Interventionen immer wieder thematisiert worden ist. Doch die neuen, aktuellen Formen postdisziplinärer Gouvernementalitätsregimes in diesem Zusammenhang [werden] noch nicht hinreichend beforscht (...), wenn sie überhaupt akademisch in den Blick genommen werden“* (Villa et al., 2011, S.15).

diese Neuausgestaltung von Selbstbestimmung im Zusammenhang mit der Entbindungs(wahl)möglichkeit „Wunschkaiserschnitt“ mit folgenden Worten: *„Women are thus invited to exercise unlimited autonomy within the limited range of choices presented to them by the medical profession“* (Bergeron, 2007, S.481). (Reproduktive) Selbstbestimmung wird nun – in dieser dritten Phase (nach Hefferich) – definiert als Recht auf Informationspluralismus, Optionenvielfalt und Wahlfreiheit, während gleichzeitig ein gesellschaftlicher Zwang zur individuellen Selbstoptimierung der Nutzerinnen des geburtsklinischen Versorgungssystems besteht (Hefferich, 2012; Hark & Villa, 2010; Christilaw, 2006; Schneider, 2003, Bewley & Cockburn, 2002b)<sup>138</sup>. Es zeigt sich auch eine über die nationalen Grenzen reichende Übereinstimmung mit der zuvor dargelegten Diskursausrichtung zu „mündigen PatientInnen“. Analog zur ärztlichen Deutung von „PatientInnen-Mündigkeit“ in der Interviewstudie von Ernst et al. (2007) formulieren Sharma und Co-Autoren im Kontext der Entscheidungsfindung zum „Wunschkaiserschnitt“: *„Autonomy governs the right of the pregnant woman to choose or refuse recommended treatment“* (Sharma et al., 2004, S.404).

Der Kaiserschnitt ohne medizinische Notwendigkeit wird zu einer Wahloption von geburtsklinischen Entbindungsarten, die zwangsläufig von der (propagierten) verantwortungsvollen Schwangeren – paradoxerweise unter dem Label Selbstbestimmung – mitgedacht werden *muss*; und dies nicht unter dem alleinigen Aspekt der „Selbstoptimierung der eigenen Gesundheit“: *„Furthermore, pregnant women are under intense cultural pressure to make whatever choice is safest for their baby“* (Kukla et al., 2009, S.6). In der derzeitigen Ausrichtung und Verknüpfung der Diskursstränge „Eigenverantwortliche, selbstbestimmte Kundinnen geburtsklinischer Versorgung“ und „Geburtsmedizinischer Paradigmenwechsel mit der Entbindungsoption ‚Wunschkaiserschnitt‘“ sehen kritische ExpertInnen eine Strategie, Frauen in ihrer Wahl für die Entbindungsart (Wunsch-)Kaiserschnitt als sichere und verantwortungsbewusste Entscheidung zu bestätigen, die zugleich andere Ursachen für die Zunahme von Kaiserschnittoperationen (vgl. Kapitel 2.2.2) in den Hintergrund rücken lässt (Fenwick et al., 2010; Potter et al., 2008; Gamble et al., 2007). Bergeron geht mit ihrer Kritik noch einen Schritt weiter: *„CDMR [cesarean delivery [sic] on maternal request, Anm. d. Verf.], with its emphasis on maternal choice, is not usually regarded as a vehicle for gender-based discrimination, more often heralded as a victory for woman's reproductive autonomy“* (Bergeron, 2007, S.479) und schlussfolgert: *“I claim that choice in matter of unnecessary surgery is a powerful illusion caused by the popular discourse on freedom and informed consent“* (Bergeron, 2007, S.481).

---

<sup>138</sup> Ein Zitat von Bewley und Cockburn (2002b, S. 599) dient hier zur beispielhaften Verdeutlichung: *„The myth has grown that caesarean section keeps the vagina honeymoon fresh and presumably therefore relationships intact. Apart from the contradiction of honeymoon fresh in a pregnant woman, what does this belief reveal? How much of a woman's identity and self-esteem reside in her vagina?“*



### **Benevolenz bis Beratungs-Business – Konzepte der medizinischen Entscheidungsfindung**

Neben der Betonung des Selbstbestimmungsrechts der Schwangeren wird im Zusammenhang mit der Entscheidung zur Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ insbesondere von der geburtsmedizinisch-ärztlichen Profession auf das Konzept des „Informed Consent“ für die Interaktionsgestaltung zwischen ÄrztInnen und NutzerInnen verwiesen (Lee & D’Alton, 2008b; Dudenhausen, 2008; Vetter & Goeckenjan, 2005; ACOG, 2004; Minkoff et al., 2004; Sharma et al., 2004; O’Boyle et al., 2002; Hohfeld, 2001; Coulson & Cain, 1999).

Im Zuge der eingeforderten NutzerInnenorientierung erfolgten auf der Mikroebene Entwicklung und Implementierung von Modellen und Konzepten für medizinische Entscheidungsfindungen. Erste veröffentlichte Überlegungen zur Beteiligung von PatientInnen an Entscheidungen in Behandlungsprozessen liegen zwar schon mehr als ein halbes Jahrhundert zurück (Szasz & Hollender, 1956). Doch erst mit einer zunehmenden Rechtsprechung im Sinne der Stärkung der PatientInnenposition bei medizinischen Entscheidungen (Klemperer, 2003; Dierks et al., 2001), mit der Entwicklung des Evidenz-based Medicine-Konzeptes (Sackett et al., 1996) sowie mit der Erkenntnis, dass Über-, Unter- und Fehlversorgung auch als Resultate qualitativ defizitärer Entscheidungsprozesse in PatientInnen-ÄrztInnen-Interaktionen anzusehen sind (Di Blasi et al., 2001; SVR, 2001; O’Connor et al., 1999), erfolgte in den 1990er Jahren eine allmähliche Abkehr von der lange Zeit vorherrschenden paternalistischen Kommunikation in der PatientInnen-ÄrztInnen-Beziehung (Klemperer, 2005).

Eine paternalistische Interaktionsgestaltung ist gekennzeichnet durch professionelle Dominanz und Beziehungsasymmetrie zwischen den AkteurInnen. Ein autoritär-hierarchisches (Macht-)Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen wird mit einem (mutmaßlichen) medizinischen Wissensmonopol der Professionellen gerechtfertigt und ÄrztInnen wird aufgrund dessen eine ausschließliche Entscheidungsmacht über Indikationen und Interventionen zugeschrieben. In der Regel wird diese Gestaltung der PatientInnen-ÄrztInnen-Beziehung – mit Verweis auf die Leitprinzipien des ärztlichen Ethos<sup>139</sup> – als benevolent<sup>140</sup> bezeichnet, PatientInnen sind passive EmpfängerInnen gutgemeinter Behandlungsentscheidungen und haben im Sinne einer

---

<sup>139</sup> Beauchamp und Childress beschrieben 1977 vier ethisch-moralische Prinzipien, die als klassische Prinzipien der Medizinethik gelten: Respekt vor der Autonomie der PatientInnen (respect for autonomy), Nicht-Schaden (nonmaleficence), Fürsorge, Hilfeleistung (beneficence), Gleichheit und Gerechtigkeit (justice) (Beauchamp & Childress, 2009).

<sup>140</sup> Dierks und Schwartz (2003) machen zudem auf die Unterscheidung von aufgefordertem und unaufgefordertem Paternalismus aufmerksam, auch heutzutage können PatientInnen den Wunsch (oder die Erwartung) haben, Behandlungsentscheidungen ausschließlich von ärztlichen Professionellen treffen zu lassen.

„guten Compliance“ ärztliche Anweisungen zu befolgen (Scheibler, 2004; Dierks & Schwartz, 2003; Emanuel & Emanuel, 1992). Es wird deutlich, wie stark sich noch bis in Anfänge des 21. Jahrhunderts eine historisch-kulturelle Prägung in der Kommunikationskultur des Gesundheitssystems wiederfindet: *„Der gesellschaftliche Status und das bereits im 19. Jahrhundert begründete hohe Standesbewusstsein der Ärzte machte eine auch nur annähernd gleichberechtigte Arzt-Patienten-Beziehung nahezu undenkbar“* (Dierks et al., 2001, S.8).

Emanuel und Emanuel veröffentlichten 1992 eine bedeutsame Arbeit zu Interaktionsgestaltungen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen, sie unterschieden hierbei vier Modell-Prototypen: Das paternalistische Modell (paternalistic model), das interpretative Modell (interpretative model), das beratende oder abwägende Modell (deliberative model) sowie das informative Modell (informative model). Dem paternalistischen Modell liegt die Annahme zugrunde, dass nur eine „objektiv bestmögliche“ Behandlung existiert, die ausschließlich durch ÄrztInnen als solche beurteilbar ist. Das interpretative und das deliberative Modell beziehen ausdrücklich die Vorstellungen und Werte von PatientInnen in Behandlungsentscheidungen ein. Beim interpretativen Modell werden Wertvorstellungen und Wünsche von NutzerInnen mit der Unterstützung von ärztlichen Professionellen konkretisiert und artikuliert, letztlich treffen dann NutzerInnen die Entscheidung. Beim deliberativen Modell sind (Werte-)Präferenzen der PatientInnen schon beiden AkteurInnen bekannt, die Behandlungsentscheidung wird gemeinsam getroffen. Das informative Modell wird auch das KonsumentInnen-Modell genannt: Ärztliche Professionelle stellen medizinische Informationen zur Verfügung, Thematisieren von Wertevorstellungen der PatientInnen ist nicht Bestandteil der Interaktionsgestaltung, NutzerInnen treffen alleine die Entscheidung.

Im Anschluss an diese grundlegende Publikation von Emanuel und Emanuel (1992) erfolgten zahlreiche Veröffentlichungen zu Konzepten und Modellen der Interaktionsgestaltung zwischen PatientInnen und ÄrztInnen für medizinische Entscheidungsfindungen. In der Fachliteratur lassen sich Begriffe, wie *„patient-centered care, informed choice, informed decision making, shared decision making, evidence-based patient-choice“* (Klemperer, 2003, S.7), *„patient participation“*, *„patient responsibility“* oder *„informed consent“* (Amhof et al., 2005, S.8) finden, so dass Amhof et al. von einem *„Begriffsbabylon“* (Amhof et al., 2005, S.7) sprechen. Auch Klemperer (2003) kritisiert, dass keine eindeutigen Übereinkünfte zwischen den jeweiligen Begriffen und Vorstellungen der Interaktionsgestaltung existieren.

Neben dem paternalistischen Modell lassen sich dennoch zwei grundsätzliche Ausrichtungen von Interaktionsgestaltungen abgrenzen (Klemperer, 2005; Scheibler, 2004; Charles et al., 1999b):

Charles et al. (1999a, 1997) begründeten mit ihren zwei „klassischen“ Aufsätzen das „Shared Decision Making-Konzept“ (SDM). SDM kommt den interpretativen und abwägenden Modellen von Emanuel und Emanuel (1992) nahe: ÄrztInnen sind zwar ExpertInnen für medizinisches Wissen und vermitteln PatientInnen in angemessener Weise relevante Informationen, PatientInnen werden aber als ExpertInnen ihrer Präferenzen anerkannt, die Interaktionsgestaltung ist gekennzeichnet durch gegenseitigen Informationsaustausch, gemeinsames Abwägen und Entscheiden. Im deutschsprachigen Raum wird das Konzept auch als „Partizipative Entscheidungsfindung“ (PEF) bezeichnet (Giersdorf et al. 2004)<sup>141</sup>. Loh et al. werten 2007 zehn Übersichtsarbeiten zu Effekten von PEF-Interventionen aus, die 256 kontrollierte, randomisierte Studien einbezogen, und kamen zu dem Ergebnis, dass diese Art medizinischer Entscheidungsfindung zu vielfachen Verbesserungen im Behandlungsprozess führt<sup>142</sup>. Grob kategorisiert stellt das SDM-Konzept ein Handlungsspektrum zwischen den beiden Extrempolen paternalistische Interaktionsgestaltung und dem KonsumentInnen-Modell dar.

Dem Informed Consent- oder KonsumentInnen-Modell liegt als zentrales Leitbild die Vorstellung der „(...) ‚informierte[n] Wahl‘ des ‚souveränen Konsumenten‘“ zugrunde, *„der Gesundheitsleistungen auf der Basis der ihm zur Verfügung stehenden Produktinformationen nach seinen Präferenzen auswählt und infolgedessen über seine Präferenzen den Markt beeinflusst“* (Dierks & Schwartz, 2003, S.319; vgl. Kapitel 3.2). Mit der Ausdehnung des Marktsegments selbstfinanzierter Gesundheitsleistungen (im deutschen Gesundheitssystem als „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) bezeichnet) sind zunehmend NutzerInnen – statt Krankenkassen – die VertragspartnerInnen von ÄrztInnen und im Rahmen eines marktwirtschaftlich regulierenden Angebot-Nachfrage-Verhaltens können somit ärztliche Tätigkeiten als (reine) Dienstleistungen für KundInnen verstanden werden. Diesem Verständnis der Beziehung zwischen den AkteurInnen entspricht das Informed Consent-Modell, die ärztliche Aufgabe besteht darin, NutzerInnen mit relevanten Informationen zu versorgen und deren Entscheidung abzuwarten, um danach die von NutzerInnen allein getroffene Entscheidung zu ermöglichen (Scheibler, 2004; Dierks & Schwartz, 2003).

---

<sup>141</sup> Die Arbeitsgruppe Methoden des BMGS-Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ definiert Partizipative Entscheidungsfindung als *„Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen“* (Giersdorf et al., 2004, S.974). Loh et al. beschreiben die Handlungsschritte des PEF-Konzeptes wie folgt: *„Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht; Gleichberechtigung der Partner formulieren; über Wahlmöglichkeiten informieren; über Vor- und Nachteile der Optionen informieren; Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen, Präferenzen ermitteln; Aushandeln der Entscheidung, Gemeinsame Entscheidung herbeiführen; Vereinbarungen zur Umsetzung der Entscheidung treffen“* (Loh et al., 2007, S. A1484).

<sup>142</sup> Die AutorInnen nennen u.a. eine Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation und der Risikowahrnehmung der PatientInnen sowie eine aktivere Beteiligung der PatientInnen am medizinischen Behandlungsprozess und eine Verringerung von Entscheidungskonflikten.

Sowohl beim Informed Consent-Modell, aber auch beim Shared Decision Making-Konzept stellt sich die Frage, ob und wie objektive Informationsvermittlung für NutzerInnen in angemessener Weise möglich und zu gestalten ist<sup>143</sup>. Beispielsweise kann unterschiedliche Darstellung identischer Sachverhalte, das „Framing of Data“, Entscheidungen von NutzerInnen (und auch Professionellen) beeinflussen<sup>144</sup> (Mühlhauser, 2001; Gurm & Litaker, 2000; Windschitl & Weber, 1999).

Vor diesem Hintergrund weisen KritikerInnen insbesondere bei der Informed Consent-Entscheidungsfindung darauf hin, dass die Informationsasymmetrie zwischen ärztlichen Professionellen und NutzerInnen zu einer angebotsinduzierten Nachfrage von medizinischen (Dienst-)Leistungen führen kann (Hajen et al., 2010; Stollberg, 2008; vgl. Kapitel 3.2.1) und Begriffe wie „mündige KonsumentInnen“ oder „Informed Consent“ dies verschleiern können: *„Was ist unverfänglicher für die Anbieter von Gesundheitsleistungen, als angeblich souveräne Patienten an Therapieentscheidungen mitzubeteiligen, die alleine aus eigenen ökonomischen Interessen vorgeschlagen werden?“* (Glaeske, 2002, S.144).

### **„Informed Consent“ – das „kommunikative Kondensat“ eines Neopaternalismus**

Als grundsätzliches Ausrichtungsziel der NutzerInnenorientierung auf der Mikroebene wird das Shared Decision Making-Konzept in der Fachliteratur nunmehr kaum in Frage gestellt; der vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung seit 2001 geförderte Forschungsschwerpunkt „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ verdeutlicht den Stellenwert, dem das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung in der deutschen Gesundheitsversorgung eingeräumt wird (Loh et al., 2007; Koch & Lehmann, 2004; Giersdorf et al. 2004).

Auffällig ist, dass hingegen in der geburtsklinischen Versorgung – insbesondere bei Entbindung durch „Wunschkaiserschnitt“ und vorrangig von GeburtshelferInnen –

---

<sup>143</sup> Das britische General Medical Council hat 1999 ethische Grundsätze für den Informationsprozess formuliert: Der Zweck der Untersuchung und Wahrscheinlichkeiten für falsch positive und falsch negative Ergebnisse sollen erklärt werden, bei Verzicht auf Therapiemaßnahmen muss über daraus folgende Prognosen informiert werden. Eine quantitative Darstellung von alternativen Maßnahmen, deren Wirkungen und Nebenwirkungen, Unsicherheiten und Risiken, medizinischen, sozialen und finanziellen Folgen wird gefordert. Zudem besteht ein PatientInnenanspruch auf Information über die eventuelle (interdisziplinäre) Planung des weiteren Verfahrens, über Unterstützungs- und Beratungsangebote. Die Informationen müssen verständlich und ausgewogen dargeboten werden und auf patient-oriented-outcomes ausgerichtet sein. Finanzielle Interessen und Abhängigkeiten ärztlicherseits oder der von ihnen vertretenen Institution sind offenzulegen. Die Wahrscheinlichkeit, dass PatientInnen aufgrund der Information die Therapie ablehnen, darf nicht dazu führen, ihnen die Information vorzuenthalten.

<sup>144</sup> Angesichts dessen wird zunehmend der Einsatz von so genannten Decision aids eingefordert und auch mehr und mehr angewandt. Decision aids sind Entscheidungshilfen für NutzerInnen in elektronischer oder auch Printform, die spezifisch aufbereitete, strukturierte Informationen für die abwägende Entscheidung zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen bereitstellen (Stacey et al., 2011).

auf das Modell der „Informierten Entscheidungsfindung“ verwiesen wird: *„Die Abwägung der Interessen von Mutter und Kind, die Informationen über deren möglicherweise differierenden Interessen und die klinischen Konsequenzen – auch gerade bei solchen Differenzen – müssen im Gespräch dargelegt, und es muss ein ‚informed consent‘ erreicht werden“* (Dudenhausen, 2008, S.7). Zwar existieren national als auch international für den angloamerikanischen Ausdruck „informed consent“ verschiedene Definitionen und Vorstellungen von Interaktionsgestaltungen<sup>145</sup>, die Verwendung des Begriffes im deutschsprachigen Raum im Kontext geburtsklinischer Versorgung ist allerdings eindeutig ausgerichtet: *„Befähigung zur Selbstbestimmung nach objektiver Vermittlung von Fakten“* (Vetter & Goeckenjan, 2005, S.645).

Die Verbreitung des Leitbildes „Informed Consent“ für eine neue Beziehungskultur zwischen GeburtsmedizinerInnen und schwangeren Frauen wird immer wieder in engem Zusammenhang mit der Stellungnahme „Number 289“ des Committee on Ethics des American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2004) genannt (Lee & D’Alton, 2008b; Vetter & Goeckenjan, 2005; Sharma et al., 2004, Minkoff et al., 2004), in der die Entbindung durch „Wunschkaiserschnitt“ als klassisches Beispiel für eine informierte Entscheidungsfindung („informed consent“) beschrieben wird und damit auch als ethisch gerechtfertigt gilt.

Kurz nach der Veröffentlichung der Stellungnahme „Number 289“ erfolgte Kritik, unter anderem vom American College of Nurse-Midwives (ACNM, 2003) mit Verweis auf die mangelnde Evidenzbasierung für diesen ethisch-geburtsmedizinischen Paradigmenwechsel. Das ACOG überarbeitete die Stellungnahme und empfahl 2007: *“When a woman desires a caesarean delivery on maternal request, her health care provider should consider her specific risk factors, such as age, body mass index, accuracy of estimated gestational age, reproductive plans, personal values, and cultural context”* (ACOG, 2007, S.1503). Dies impliziert zwar, dass Wertevorstellungen von Schwangeren in Interaktionen mit ärztlichen Professionellen thematisiert werden sollen, doch werden diese zugleich in ein ärztlich zu bewertendes Risikoprofil der Nutzerinnen eingereiht. An einer ethischen Rechtfertigung eines „Wunschkaiserschnitts“ hält das ACOG weiterhin fest, wenn GeburtsmedizinerInnen an gesundheitlichen Benefit für Frau und Kind glauben (!) (Opinion No. 395): *„If the physician believes that cesarean delivery promotes the overall health and welfare of the woman and her fetus more than vaginal delivery, he or she is ethically justified in performing a cesarean delivery. Similarly, if the physician believes that performing a caesarean delivery would be*

---

<sup>145</sup> So beschreibt beispielsweise in der Helsinki-Deklaration, die 1964 in Finnland von der 18. Generalversammlung des Weltärztebundes verabschiedet wurde, „Informed consent“ den obersten ethischen Grundsatz bei Forschungen mit und am Menschen, aber auch vor ärztlichen Eingriffen zur Untersuchung und Behandlung (WMA, 2008) und wird mit *„Zustimmung nach Information“* (Anschütz, 2002, S.1154) übersetzt.

*detrimental to the overall health and welfare of the woman and her fetus, he or she is ethically obliged to refrain from performing the surgery*" (ACOG, 2008, S.4).

In der angloamerikanischen Fachliteratur lässt sich vielfach Kritik an der Position des ACOG finden (Fenwick et al., 2010; Nilstun et al., 2008; Bryant et al., 2007; McCourt et al., 2007; Christilaw, 2006; Kolås et al., 2006; van Wagner, 2004). Bergeron (2007) beklagt beispielsweise, dass allein die ärztliche Vorstellung, was gut für Frau und Kind wäre, wohl kaum mit Prinzipien evidenzbasierter Medizin zu vereinbaren ist. Kukla und Co-Autorinnen (2009) betonen zudem, dass ärztliche Überzeugungen immer auch wertengebunden sind und die Interaktionen mit ÄrztInnen, den Schwangeren eine eigene wertgebundene Risikobewertung ermöglichen sollten. Zeidenstein stellt sogar grundsätzlich die ärztliche Kompetenz für eine objektive *geburtshilffliche* Informationsvermittlung in Frage: „*How well can we expect the surgically trained obstetricians to present the risks and benefits of natural childbirth?*“ (Zeidenstein, 2005, o.S.)<sup>146</sup>.

In der deutschsprachigen, geburtsmedizinischen Fachliteratur sind hingegen kaum (diskurs-)kritische Auseinandersetzungen und Debatten über die Verknüpfung von „Wunschkaiserschnitt“ und „Informed Consent“ zu finden. Die fehlende Evidenz für Risiken und Nutzen einer Entbindung durch einen medizinisch nicht notwendigen Kaiserschnitt (vgl. Kapitel 2.3) und die Frage, wie vorliegende (sowie nicht vorliegende) Erkenntnisse und Informationen in angemessener Weise Nutzerinnen vermittelt werden können (Schwartz & Meslin, 2008; Kasper & Lenz, 2005; Edwards et al., 2001; Coulter et al., 1999), werden zwar in der medizinischen Fachliteratur thematisiert; dennoch lag der Fokus bei konzeptionellen medizinischen Entscheidungsfindungen zunächst fast ausschließlich auf einer inhaltlichen Ebene. Menz und Co-AutorInnen (2008) weisen darauf hin, dass Interaktionen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zwar seit den 1970er Jahren ein wesentliches Forschungsfeld der Soziologie und Linguistik darstellen, jedoch im deutschsprachigen Raum in medizinischen und medizinsoziologischen Wissenschaftsdiskursen kaum eine Verbindung zu Ergebnissen dieser Diskursforschung hergestellt wird.

Anknüpfend an das zweite pragmatische Axiom menschlicher Kommunikation von Watzlawick et al. (2000) „*Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart daß letzterer den ersten bestimmt und daher eine Metakommunikation ist*“ (Watzlawick, 2000, S.56), kann festgehalten werden, dass die Gestaltung der Beziehungsebene und deren Konsequenzen für Entscheidungen einen „blinden Fleck“ in den Modellen der Interaktionsgestaltung zwischen NutzerIn-

---

<sup>146</sup> Bereits 1996 stellte Bewley fest: „*It is hard to put risks into a proper epidemiological perspective when one's daily work relates to disease and damage to the reproductive and sexual organs*“ (Bewley, 1996, S.1198).

nen und ÄrztInnen darstellten. Entwistle und Watt (2006) folgerten entsprechend: *„An interpersonal relationship such as a partnership is something more than a set of communicative transactions“* (Entwistle & Watt, 2006, S.273). Montori und Co-AutorInnen (Gafni und Charles, beide BegründerInnen des SDM-Konzeptes) postulierten im gleichen Jahr, dass das Shared-Decision-Making-Konzept um einen ersten Schritt ergänzt werden sollte: *„(...) to add a new component to the shared decision-making approach: the need for an ongoing partnership between the clinical team (not just the clinician) and the patient“* (Montori et al., 2006, S.25).

Goldberg vertrat bereits 2003 die These, dass selbstbestimmte Entscheidungsfindung im geburtshilflichen Kontext nur durch eine empathische Beziehungsebene zwischen den AkteurInnen ermöglicht werden kann und dies in keiner Weise mit einer „Informed Consent“-Entscheidungsfindung zu vereinbaren ist. Zu einer ähnlichen Auffassung gelangt Christilaw (2006) explizit auch im Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“: *„Beyond information, ideal care would include emotional and social support to counter some of oppressive forces now driving requests for C-sections“* (Christilaw, 2006, S.265).

Es bleibt zunächst festzustellen, dass als vorrangiger Grund für ein asymmetrisches Kommunikationsverhältnis zwischen ÄrztInnen und NutzerInnen zumeist der systematische, medizinische Informationsvorsprung der ärztlichen Profession angeführt wird (Hajen et al., 2010; Schnabel, 2009; Stollberg, 2008; vgl. Kapitel 3.2.1). Dem stehen Bestrebungen gegenüber, mit Entscheidungsfindungskonzepten, Debatten über „Framing of data“ oder Einsatz von Decision Aids entgegenzuwirken. In jüngerer Vergangenheit wird jenseits der Inhaltsebene nunmehr auch die Bedeutung der Beziehungsebene zwischen den beteiligten AkteurInnen in den Fokus der Betrachtung gerückt. Das Anliegen *„to establish a partnership“* (RCGP, 2012, S.12) in ÄrztInnen-NutzerInnen-Interaktionen sollte allerdings überdies im Spiegel bestehender gesellschaftlicher Macht- und Hierarchieverhältnisse genauer beleuchtet und hinterfragt werden; so betont Schnabel, dass – in Abhängigkeit der jeweiligen Umstände des Zusammentreffens von ÄrztInnen und NutzerInnen – Interaktionen sogar *„den Charakter eines Zwangsverhältnisses“* (Schnabel, 2009, S.42) annehmen können, in dem soziale Machtverhältnisse ihren Ausdruck finden.

Interaktionen und Kommunikation finden auch zwischen ärztlichen Professionellen und NutzerInnen der Gesundheitsversorgung nicht in einem Raum statt, der frei von Machtinteressen und sozialen Hierarchien ist. Nach der soziologischen Kommunikationstheorie von Bourdieu (1990, 1982) sind Inhalts- und Beziehungsebene nicht von einander zu trennen. Sprache ist für Bourdieu nicht (nur) Mittel um Inhalte oder Wissen weiterzugeben, sondern auch immer ein Instrument für Ausdruck und Herstellung sozialer Positionen. Unabhängig von spezifischen und zeitgenössischen Bedeutungen, die Worten zugeschrieben werden, ergibt sich ihre soziale Bedeutung

insbesondere aus dem Kontext und ist situationsgebunden. Daraus folgt nach Bourdieu (1990), dass Sprache eine symbolische Macht inne hat, die auf der Macht der Institutionen beruht, in denen sie verwendet wird.

Gleichwohl unterliegt der Zusammenhang zwischen Handeln, Sprechen und Denken von AkteurInnen in der Gesundheitsversorgung auch sozio-historischen Kontexten und den diese prägenden Diskursen. Im Zentrum der Diskursanalyse stehen für Jäger die Fragen, *„was (jeweils gültiges) Wissen überhaupt ist, wie jeweils gültiges Wissen zustande kommt, wie es weitergegeben wird, welche Funktion es für die Konstituierung von Subjekten und die Gestaltung von Gesellschaft hat“* (Jäger, 2000, [1]). Eine diskursanalytische Sichtweise auf das von ÄrztInnen zu vermittelnde medizinische Wissen macht verständlich, dass „establish a partnership“ nicht unabhängig von der Inhaltsebene gesehen werden kann, wenn institutionalisierte und geregelte Wissensbestände individuelles und kollektives Handeln bestimmen und dem Zweck der Machtausübung dienen (können). Bedeutsam ist hierbei, dass sich Diskurse in der Regel als Resultate historischer Prozesse bilden und einer Verselbstständigung unterliegen: *„Sie transportieren ein Mehr an Wissen, als den einzelnen Subjekten bewusst ist“* (Jäger, 2000, [7]).

Diese soziologischen und linguistischen Bezüge sind für den Forschungskontext der Arbeit von Bedeutung, da sie nochmals verdeutlichen, wie essentiell für das Verständnis des „Phänomens Wunschkaiserschnitt“ eine synchrone und diachrone Perspektive ist (Lüders & Meuser, 1997; vgl. Kapitel 2.4); insbesondere bei der Betrachtung der Haltungen und Einstellungen von FrauenärztInnen zur Interaktionsgestaltung mit NutzerInnen der geburtsklinischen Versorgung ist es unverzichtbar, den historischen Kontext einer geburtsmedizinisch-ärztlichen Professionalisierung durch Medikalisierung von Frauengesundheit zur Absicherung von Machtinteressen nicht aus dem Blick zu verlieren (vgl. Kapitel 3.1). Trotz der seit über 15 Jahre anhaltenden Forderungen nach NutzerInnenorientierung im Gesundheitssystem und Bestrebungen entsprechende Konzepte und Instrumente auf der Mikroebene zu implementieren, sind „gegenwarts-diagnostisch“ immer noch insuffiziente, ärztliche Interaktionsgestaltungen empirisch vielfach zu belegen: ÄrztInnen haben den aktiveren Redepart inne, bestimmen die thematische Ausrichtung, unterbrechen häufig oder stellen ungefragt wenig Informationen zu Behandlungsoptionen und deren jeweiligen Nutzen und Risiken zur Verfügung (Stamer, 2011; Sawicki, 2005; Wilm et al., 2004; Bahrs, 2003; Lalouschek, 2002). Angesichts dessen schlussfolgern Stamer et al.: *„Der Weg zu ‚Shared Decision Making‘ ist aus vielerlei Gründen steiniger als oft angenommen wird. Einer der wichtigsten Gründe hierfür ist der über lange Zeiträume gewachsenen Kommunikationskultur in der ärztlichen Sprechstundenmedizin geschuldet“* (Stamer et al., 2011, S.216). Die AutorInnen betonen zwar die Bedeutung von Konzepten und Instrumenten zur partizipativen medizinischen Entschei-



dungsfindung sowie eines spezifischen ärztlichen Kommunikationstrainings, zugleich konstatieren sie aber, dass diese Maßnahmen alleine nicht ausreichen, um tradierte Rollenzuschreibungen<sup>147</sup> und ärztliche Haltungen in Interaktionsgestaltungen mit NutzerInnen aufzulösen, die mit der Intention der Herstellung von sozialen Ordnungen einhergehen.

Lalouschek wies bereits 2002 darauf hin, dass nicht der *„oberflächliche Erwerb bestimmter Gesprächstechniken (...) eine Veränderung der Einstellung einer technik- und leistungsorientierten Medizin hin in Richtung einer patientenzentrierten Medizin“* bewirken wird (Lalouschek, 2002, S.23). Lalouschek kritisierte Schulungen für ÄrztInnen im Sinne von checklistenartigen Handlungsanweisungen zur Interaktionsgestaltung mit NutzerInnen. Statt dessen plädierte die Verfasserin für eine Reflexion und Sensibilisierung kommunikativer Abläufe – auch mit Fokus auf die Wechselwirkung zwischen institutionsspezifischer kommunikativer Praxis und deren systemerhaltenden Funktion für die jeweiligen institutionellen Bedingungen – auf Basis eines diskursanalytisch fundierten, in die ärztliche Ausbildung integrierten Kommunikationscurriculums sowie berufsbegleitender Supervisionen.

Vor dem Hintergrund dieses Forschungsstandes sollte der *„diskursive Knoten“* (Jäger, 2000, [13]), Entbindungen durch „Wunschkaiserschnitt“ als Ausdruck von Selbstbestimmung von schwangeren Frauen darzustellen, dringend aufgelöst werden. Genauso fragwürdig erscheint die Ausrichtung, diese Entscheidung im Rahmen der „Informed Consent“-Interaktionsgestaltung als zeitgemäße Nutzerinnenorientierung geburtsklinischer Versorgung zu deklarieren. Kuhlmann kritisierte die Praxis der „Informed Consent“-Entscheidungsfindung schon vor längerem als Neopaternalismus, bei dem NutzerInnen *„in dem Glauben gelassen werden, es [das weiterfolgende Procedere, Anm. d. Verf.] sei ihre eigene, selbstbestimmte Entscheidung“* (Kuhlmann, 2000, S.50) und der damit (gewollt) gesundheitsökonomische und standespolitische Machtinteressen in der Hintergrund rücken lässt.

### **Gestaltung von Interaktionen und Genderaspekte**

Im Zuge der Auseinandersetzung über die Umsetzung von NutzerInnenorientierung auf der Mikroebene und den Zusammenhang von Wissensbeständen, Denken, Sprache und Handeln für medizinische Entscheidungsfindungen rückten zunehmend auch Genderaspekte in den Fokus der Betrachtung (Stamer, 2010; Adams et al., 2008; Lagro-Janssen, 2008; Arouni & Rich, 2003; Derosé et al., 2001; van Elderen et al., 1998; Hall & Roter, 1998). Unter Berücksichtigung von patientInnenrelevanter Zielparameter zeigen Studien Unterschiede bei Behandlungen durch Ärztinnen oder Ärzte auf, exemplarisch wird auf zwei deutsche Studien verwiesen:

---

<sup>147</sup> Dies gilt für alle beteiligten AkteurInnen, also auch für NutzerInnen der Gesundheitsversorgung.

Berthold et al. (2008) stellten anhand einer Querschnittsstudie fest, dass PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2, die von Ärztinnen behandelt wurden, häufiger Labor- und Blutdruckwerte aufwiesen, die sich in Leitlinien empfohlenen Referenzbereichen bewegten. Ebenfalls Behandlungsunterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten fanden sich in einer Studie, die Therapien von PatientInnen mit Hypertonus untersuchte (Baumhäkel et al., 2009), Behandlungen durch Ärztinnen entsprachen häufiger Leitlinienempfehlungen. Neben einer möglichen Differenz in der Leitlinienorientierung von Ärztinnen und Ärzten (bei zu hinterfragender Ausrichtung von Leitlinien an geschlechterspezifischen Bedarfslagen) wird in der Fachliteratur zunehmend die These vertreten, dass Ärztinnen, die entsprechend einem weiblichen Geschlechterstereotyp kommunizieren, stärker eine partizipative Einbindung von NutzerInnen ermöglichen und sich daraus eine adäquatere Versorgung ableiten lässt (Stamer, 2010; Lagro-Janssen, 2008; Roter et al, 2002). So stellten Hall und Roter bereits 1998 fest: *„The communication style of female physicians often includes slightly more focus on the emotional and psychosocial concerns, more positively toned communications, and a more egalitarian style reflected in increased levels of patient participation”* (Hall & Roter, 1998, S.39). Die Autorinnen sahen dieses Ergebnis vier Jahre später in ihrer Metaanalyse von 29 Publikationen weitestgehend bestätigt; zudem zeigte sich, dass Interaktionen von Ärztinnen mit NutzerInnen durchschnittlich zwei Minuten (dies entspricht 10% der Gesamtzeit) länger dauerten als bei Ärzten. Zugleich ergab die Auswertung: *„There were no gender difference evident amount, quality, or manner of biomedical information giving or social conversation”* (Roter et al., 2002, S.756).

Anknüpfend an die Bedeutung von sozio-historischen Kontexten für ärztliche Interaktionsgestaltungen kann angesichts dieser Ergebnisse festgehalten werden, dass neben diskursiven Prägungen und Sozialisationsriten des ärztlichen Berufsstandes gleichfalls Sozialisationsmechanismen zur Ausbildung von Geschlechterstereotypen Einfluss auf Interaktionen und medizinische Entscheidungen nehmen können.

Neben genderspezifischen Kommunikationsunterschieden unterliegen Interaktionsgestaltungen zwischen ÄrztInnen und NutzerInnen einer Vielzahl weiterer möglicher Determinanten, wie beispielsweise den jeweiligen Geschlechterkonstellationen, dem ambulanten oder stationären Setting oder dem Anlass des Kontaktes (Stamer, 2010). Viele Studien zu Genderaspekten bei ärztlicher Interaktionsgestaltung erfolgten im Rahmen von hausärztlicher Primärversorgung. Für den vorliegenden Forschungskontext ist speziell von Bedeutung, wie sich in der Fachliteratur die Erkenntnis *„The professional role of the physician is not gender-neutral”* (Lagro-Janssen, 2008, S.1141) in frauenärztlichen Versorgungszusammenhängen abbildet.

Ein Großteil der Publikationen, die Genderaspekte im frauenärztlichen Versorgungsrahmen thematisieren, beschäftigt sich mit der Fragestellung, ob Nutzerinnen Frauen

oder Männer bei der frauenärztlichen Wahl bevorzugen. Die Ergebnisse sind inkonsistent. Bei Untersuchungen aus den Vereinigten Staaten zeigte sich eine große Spannweite von 34% (Howell et al., 2002) bis 61% (Zuckerman et al., 2002) der jeweilig Befragten, die eine Präferenz für Frauenärztinnen angaben. 60,4% israelischer Studienteilnehmerinnen hatten keine Geschlechterpräferenz (Piper et al., 2008), währenddessen sprachen sich 86,4% der befragten Frauen in den Vereinigten Arabischen Emiraten für eine Frauenärztin aus (Rizk et al., 2005). Als Erklärung für diese Unterschiede diskutieren die AutorInnen ethnische und kulturell-religiöse Einflussfaktoren. Hinweise auf mögliche genderspezifische Unterschiede in frauenärztlicher Interaktionsgestaltung geben die Ergebnisse einer Studie von Chandler et al. (2000), deren Befragte bevorzugten zu 52% Frauenärztinnen; als vorrangigen Grund hierfür identifizierten die AutorInnen „*Patients felt that female physicians understood their problems better*“ (Chandler et al., 2000, S.938).

Wenige Studien untersuchten auf empirischer Grundlage Interaktionsgestaltungen mit Nutzerinnen von Frauenärztinnen im Vergleich zu ihren Kollegen, drei Beobachtungsstudien geben hierzu weiteren Aufschluss.

Van Dulmen und Bensing (2000) analysierten Videoaufzeichnungen von Interaktionen frauenärztlicher Versorgung (107 Frauenärztinnen und 196 Frauenärzte) in den Niederlanden. Bei Frauenärztinnen dauerten körperliche Untersuchungen länger, sie stellten weniger Fragen im Hinblick auf biomedizinische Inhalte und zeigten sich insgesamt aufmerksamer, die Autorinnen werteten dies als eher geringe Unterschiede. Hingegen konstatierten Uskul und Ahmad, (2003) mit ihrer Beobachtungsstudie in der Türkei deutliche Unterschiede. Die VerfasserInnen werteten von drei Frauenärztinnen und vier Frauenärzten jeweils 70 videoaufgezeichnete Konsultationen aus. Die AutorInnen beschrieben ihre Ergebnisse eindringlich: „*Namely, interactions differed in terms of conversation initiation, communication style, use of technical and colloquial language, frequency of eye contact, patience, and provision of information. Communication characteristics specific to interactions between male gynecologists and their patients included a 'blaming the victim' approach, differential treatment of patients, and underestimation of patients' abilities*“ (Uskul & Ahmad, 2003, S.205). Uskul und Ahmad betonten, dass sie einen starken Zusammenhang ihrer Ergebnisse mit den patriarchalen Gesellschaftsstrukturen in der Türkei sehen. Vor einem kulturspezifischen Hintergrund erscheinen die differierenden Interpretationen der Ergebnisse aus den Niederlanden und der Türkei zunächst einleuchtend. Eine aktuellere Beobachtungsstudie aus der Schweiz von Christen et al. (2008) unterstützt allerdings die These des „grundsätzlichen Einflussfaktors soziales Geschlecht“ auch in Gesellschaftsstrukturen, mit denen nicht vorrangig eine prägende religiöse Ausrichtung assoziiert wird. Christen und Co-AutorInnen analysierten insgesamt 196 Videoaufzeichnungen von Konsultationen ambulanter Patientinnen bei 13

Frauenärzten und 36 Frauenärztinnen eines Universitätsklinikums. Die Patientinnen wurden nach den Konsultationen zu ihrer Zufriedenheit befragt, bei den Befragten zeigte sich deutlichere Zufriedenheit mit Frauenärztinnen im Hinblick auf die Interaktionsgestaltung, zumeist wurde die Beziehungsebene positiver betrachtet. Bei der Auswertung kommen die AutorInnen zu dem Schluss, dass eine höhere Zufriedenheit mit einem patientinnenorientierten Gesprächsstil korreliert, unabhängig davon, ob diesen Frauenärzte oder Frauenärztinnen ausüben. Zugleich ergibt die Untersuchung, dass dieser Gesprächsstil häufiger von Ärztinnen praktiziert wurde.

Im Zusammenhang mit der klinikärztlichen Versorgung mit Kaiserschnitt kamen Mitler et al. (2000) bei der multivariaten Analyse von 8.335 US-amerikanischen Entbindungsdatensätzen (davon 1.797 Sectiones) aus den Jahren 1990 und 1995 zu dem Ergebnis, dass signifikant mehr Frauenärzte Kaiserschnittentbindungen durchführten als ihre Kolleginnen. Die AutorInnen schlussfolgern: *„These findings may reflect gender-specific differences in the perception and limits of the doctor-patient relationship, or gender differences in treatment philosophy”* (Mitler et al., 2000, S.1034).

Mit Fokus auf Zustimmung zur Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ erfolgten einige Befragungen von GeburtsmedizinerInnen mit geschlechtergetrennt aufgeschlüsselten Ergebnissen (Bettes et al., 2007, Scott et al., 2005, Lavender et al., 2005, Ghetti et al., 2004), alle diese Studien zeigten höhere Zustimmungswerte bei Frauenärzten. Darauf wurde zwar eingangs dieses Kapitels schon hingewiesen, nun muss jedoch herausgestellt werden, dass alle diese quantitativen Studien ausschließlich die Kategorie „Sex“ (biologisches Geschlecht) berücksichtigen und wenig Erkenntnisse zu genderspezifischen Differenzen in Interaktionsgestaltung und Versorgungspraxis von FrauenärztInnen beisteuern. Stattdessen lässt sich feststellen, dass der unreflektierte und ubiquitäre Gebrauch des Begriffes „Gender“ mehr zur Verwirrung als zu neuem Kenntnissgewinn beiträgt. Beispielhaft dafür kann eine Studie aus Taiwan angeführt werden: Liu et al. (2008) betiteln ihre Analyse von 857.920 Entbindungsdaten mit der Überschrift *„Obstetrician gender and the likelihood of performing a maternal request for a cesarean delivery“* und kommen zu dem zentralen Ergebnis, dass *„male obstetricians were more likely to perform a requested CS than female obstetricians in district hospitals (OR=1,53) and clinics (OR=2,26)“* (Liu et al., 2008, S.46). Bei diesem Studiendesign und Verständnis des Gender-Begriffes ist die von Liu et al. abgeleitete Schlussfolgerung allerdings wenig verwunderlich: *„Although, as expected, this study did find a very significant gender effect in ob/gyn clinics, the precise reasons for such significant difference remain unclear“* (Liu et al., 2008, S.50). Studien, die Aufschluss über genderspezifische frauenärztliche Einstellungen und Haltungen sowie über weitere Entscheidungskontextualitäten zur Versorgung mit („Wunsch“-)Kaiserschnittentbindungen geben sollen, benötigen – neben einem suffizienten Verständnis des Genderbegriffes – einen qualitativen For-

schungsansatz. Kuhlmann kritisiert zudem die „inflationäre“ (Kuhlmann, 2010, S.247) Anwendung des Genderbegriffes, nicht nur weil damit – mehr oder weniger bewusst – soziale Dimensionen von Geschlecht in den Hintergrund der Wahrnehmung gerückt werden, sondern weil somit auch die Möglichkeit geschlechtergerechte Handlungsempfehlungen zu entwickeln in weite Ferne rückt.

Analog zu Beobachtungsstudien im gynäkologisch-geburtsmedizinischen Versorgungsrahmen lassen sich ebenfalls nur wenige Interviewstudien mit FrauenärztInnen finden, die den Forschungsfokus auf die zunehmende geburtsklinische Versorgungspraxis mit Schnittentbindungen richten.

Im qualitativen Arm ihrer Studie zu steigenden Kaiserschnittraten in Chile interviewte Murray (2000) zwischen 1995 und 1997 21 schwangere Frauen und 22 FrauenärztInnen (darunter eine Frauenärztin<sup>148</sup>). Der Zusammenhang zwischen ökonomischen Überlegungen ärztlicher Professioneller<sup>149</sup> und überdurchschnittlich hoher Raten an Kaiserschnittgeburten privat versicherter Frauen stellte das zentrale Ergebnis der Studie dar. Auch Weaver et al. (2007) legten ein komplexes quantitatives und qualitatives Studiendesign auf, um Erkenntnisse zu paramedizinischen Einflussfaktoren auf „unnecessary cesarean sections“ (Weaver et al., 2007, S.32) in England und Irland zu gewinnen. Im Vordergrund der Interviewergebnisse mit 24 ärztlichen Professionellen stand deren Ansicht, dass der Anteil der „Wunschkaiserschnitte“ steigende Kaiserschnittraten (mit-)erklärt. Dies lag im deutlichen Widerspruch zu den anderen Ergebnissen der Studie (64 Tagebuchaufzeichnungen von Schwangeren und 44 Interviews mit Wöchnerinnen). Eine geschlechtergetrennte oder genderspezifische Ausweisung der frauenärztlichen Interviews erfolgte nicht.

Neben 18 Frauen, die in den letzten zwei Jahren vor der Befragung per Kaiserschnitt entbunden hatten, interviewten Bryant und Co-Autorinnen (2007) zwölf klinisch tätige Hebammen und sechs klinisch tätige FrauenärztInnen (3 ♀ und 3 ♂) in Australien zu deren Sichtweisen hinsichtlich Entscheidungsfindungen zur Geburt per Sectio. Ganz bewusst unterschieden die Autorinnen nicht zwischen elektiven und Notfallschnittentbindungen, da ihr Forschungsfokus darauf lag, zu ergründen, welche Bedeutungen und handlungsbestimmenden Überzeugungen die Befragten mit diesen Begriffen verknüpfen und betonten, „(...) *the study aimed to describe discourses and not practice. That is, it revealed the way that people think about caesarean, not what they actually do*“ (Bryant et al., 2007, S.1200). Bryant et al. schlussfolgern, dass bei allen beteiligten AkteurInnen die Sicht auf einen Kaiserschnitt als risikoarme Entbindungs-

---

<sup>148</sup> Laut der Autorin gab dieses Sample auch die Unterrepräsentanz von Frauen in der frauenärztlichen Profession in Chile zu dieser Zeit wider (Murray, 2000).

<sup>149</sup> “*It is just like a business, a shop. (...). The day that you don't hold a surgery, you simply don't earn any money... .*” (Obstetrician 19)“ (Murray, 2000, S.1503).

art in Verbindung mit einem propagierten selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Risikomanagement von schwangeren Nutzerinnen zu der Überzeugung führt, der geplante Kaiserschnitt sei im Sinne einer verantwortungsvollen Mutterschaft eine gelungene Entscheidung. Insbesondere ärztliche Interviewte verweisen in diesem Zusammenhang auf das „Informed-Consent“-Modell, geschlechtergetrennte oder genderspezifische Ergebnisse der ärztlichen Interviews präsentieren die Autorinnen jedoch nicht.

Monari et al. (2008) interviewten in Italien 148 Hebammen und 100 FrauenärztInnen (57 ♀ und 43 ♂, 66 Niedergelassene, 34 klinisch Tätige) zu deren Haltungen zu Schnittentbindungen. Die AutorInnen stellten keine Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten fest, wohl aber zwischen den Professionen: *„The attitudes toward cesarean section were correlated more with professional role than with gender”* (Monari et al., 2008, S.129), Hebammen zeigten sich gegenüber der hohen Kaiserschnitttraten in Italien deutlich kritischer als ÄrztInnen. Als Erhebungsmethode geben Monari et al. strukturierte Face-to-face Interviews an, die im Mittel 15 Minuten dauerten, die Ergebnisse werden stringent quantitativ (und nicht geschlechtergetrennt) präsentiert, so dass nicht von einem qualitativen Forschungsansatz gesprochen werden kann.

In einer eigenen Studie (Schach, 2007) wurden 15 niedergelassene FrauenärztInnen (7 ♀ und 8 ♂) zu ihrer Positionierung bei Entscheidungsfindungen für „Wunschkaiserschnitte“ befragt. Die Auswertung ergab, dass die ÄrztInnen bei Interaktionsgestaltungen sich situationsbezogenen Elemente aller drei grundsätzlichen Modelle der Entscheidungsfindung zu bedienen scheinen. Frauenärztinnen zeigen jedoch eine Tendenz zu einer „maternalistischen“ Ausrichtung, in dem sie Einfluss auf schwangere Nutzerinnen durch Einbringen ihrer persönlichen vaginalen Geburtsmoduspräferenz und ihrer eigenen Geburtserfahrung ausüben (wollen). Dies deckt sich mit einem der Ergebnisse von Habiba et al. (2006; vgl. Kapitel 3.3.2); die AutorInnen gaben an, dass Frauenärztinnen, die Kinder geboren haben, eine signifikant geringe Bereitschaft zeigen, der Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ zuzustimmen. Ein weiteres Ergebnis der Interviewstudie, das beide Geschlechter eint, ist eine Interaktionsstrategie, letztlich die Entscheidung zur Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ an die jeweiligen KlinikärztInnen zu delegieren (Schach, 2007).

Gemäß der zeitgenössischen Diskursverknüpfung: „Informed Consent ermöglicht der eigenverantwortlichen Nutzerin der geburtsklinischen Versorgung eine selbstbestimmte Entscheidung für einen Kaiserschnitt auf Wunsch“ – könnte der dargelegte Forschungsstand nun darauf hinweisen, dass gerade Frauenärztinnen im Kontext „Wunschkaiserschnitt“ das klassische Prinzip der Medizinethik „Respekt vor der Autonomie der Patientinnen und Nutzerinnen“ eher zu missachten scheinen als ihre Kollegen, obwohl sie häufiger einen nutzerinnenorientierten Gesprächsstil praktizieren. Hier besteht Klärungsbedarf.

### **Orientierung zwischen Nutzen und NutzerInnen – ein Resümee**

NutzerInnenorientierung im Sinne von Teilhabe an medizinischen Entscheidungen scheint heutzutage eine konsensfähige normative Grundlage in Gesundheitssystemen zu sein. Mit Bedürfnissen von NutzerInnen bei medizinischen Entscheidungsfindungen werden Informationsvermittlung, Wunsch nach Partizipation und sogar Streben nach Verantwortung assoziiert. Begriffe wie NutzerInnenorientierung und Partizipation transportieren hohe programmatische Bedeutung, zugleich können diese aber mit sehr heterogenen Ideen und Zielsetzungen einhergehen – beispielhaft für die Mikroebene wurde dies anhand der Studie von Dieterich (2006) aufgezeigt. Die textanalytische Auswertung von Artikeln aus dem „Deutschen Ärzteblatt“ belegte – aus standespolitischärztlicher Perspektive – ein ambivalentes Konstrukt von „mündigen PatientInnen oder NutzerInnen“: So erscheinen aktive und eigenverantwortliche PatientInnen zwar als ideale NutzerInnen, allerdings wird diesen Entscheidungskompetenz erst nach erfolgter ärztlicher Informationsvermittlung zugeschrieben. Zugleich wird – mit Verweis auf ein von PatientInnen niemals erreichbares medizinisches Fachwissen – ein „mündiges“ Handeln von NutzerInnen problematisiert, speziell wenn dies dazu führt, ÄrztInnen fachlich zu hinterfragen.

Grundsätzlich wird jedoch die lange Zeit vorherrschende paternalistische Kommunikation in PatientInnen-ÄrztInnen-Beziehungen als überholt beschrieben und Interaktionsausrichtungen nach dem Shared Decision Making-Konzept (Charles et al., 1999a, 1997) werden in der Fachliteratur kaum infragegestellt (Schmacke, 2005a; Klemperer, 2005; Scheibler, 2004). Bestrebungen, NutzerInnenorientierung weiter zu entwickeln, zeigen sich auch in Publikationen über „Framing of data“ oder Einsatz von Decision Aids (Stacey et al., 2011, Mühlhauser, 2001). Angesichts vielfacher empirischer Belege für eine dennoch andauernde ärztliche Interaktionsdominanz wird in jüngerer Vergangenheit jenseits der Inhaltsebene die Bedeutung der Beziehungsebene zwischen den beteiligten AkteurlInnen in den Blick genommen (Stamer et al., 2011; Entwistle & Watt, 2006; Montori et al., 2006). Die Diskussion um konzeptionelle Entscheidungsfindung in Interaktionen zwischen ÄrztInnen und NutzerInnen erhält damit eine neue Dimension – unter Bezugnahme auf soziologische und linguistische Forschungsarbeiten tritt nunmehr die (mögliche) Einflussnahme auf Entscheidungen aufgrund gesellschaftlicher Macht- und Hierarchieverhältnisse in NutzerInnen-ÄrztInnen-Beziehungen in den Fokus des Interesses. Im Zuge dessen mehrten sich auch die Veröffentlichungen, die mit ihren Ergebnissen die These stützen, dass ein eher von Ärztinnen praktizierter, nutzerInnenorientierter Gesprächsstil eine verbesserte Versorgungsqualität zur Folge haben kann.

Auffällig sind im Vergleich dazu die Unterschiede in der Publikationslage im vorliegenden Forschungskontext: Im Zusammenhang mit der geburtsklinischen Versorgung von schwangeren NutzerInnen, die einen Wunsch nach einer medizinisch nicht

notwendigen, operativen Entbindung artikulieren, erweisen sich „Selbstbestimmung“ und „Informed Consent“ als zentrale und wirkmächtige Begriffe. Aus „mündigen Patientinnen“ werden „selbstbestimmte Schwangere“ und von der geburtsmedizinisch-ärztlichen Profession wird statt partizipativer Entscheidungsfindung eine informierte Entscheidung der eigenverantwortlichen Nutzerin und verantwortungsvollen Mutter propagiert. Vor diesem Hintergrund kann über den Verlauf der letzten Jahre auch ein stetiger Anstieg der frauenärztlichen Bereitschaft zur Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ festgestellt werden (Kwee et al., 2004; vgl. Kapitel 3.1.3), beachtenswert ist hierbei eine größere Zurückhaltung bei Frauenärztinnen.

*„Many advocates of CS on demand use ‚feminist‘ language and arguments that they would see as supporting women’s rights and autonomy“* stellte van Wagner (2004, S.16) fest. Welche Bedeutung diskursive Prägungen aufweisen, belegt eindrucksvoll der Veränderungsprozess, den der Begriff „Selbstbestimmung“ seit den 1970er Jahren im Zusammenhang mit reproduktiver Gesundheit erfahren hat:

Die Protagonistinnen der zweiten Frauenbewegung verstanden Selbstbestimmung als Abwehr von patriarchaler Fremdbestimmung, dies fand Ausdruck in der Parole „Mein Bauch gehört *mir!*“. Als Zeichen eines individuellen Besitz- und Verfügungsrechts am eigenen Körper stellt die nunmehr erfolgte Akzentverschiebung zu „Mein Bauch *gehört* mir!“ eine neoliberale Modifikation des Selbstbestimmungsbegriffs dar. (Reproduktive) Selbstbestimmung wird (*nun institutionell!*) definiert als Recht auf Informationspluralismus, Optionenvielfalt und Wahlfreiheit, während gleichzeitig ein gesellschaftlicher Zwang zur individuellen Selbstoptimierung und Verantwortungsübernahme besteht (Helfferich, 2012; Rose & Schmied-Knittel, 2011; Duden, 2010, Kukla et al., 2009; Bryant et al., 2007; Schneider, 2003). Angesichts der mit dieser diskursiven Ausrichtung verbundenen denkbaren Konsequenz von Entsolidarisierung bei einem „Fehlverhalten“ von Schwangeren stellt Christilaw im Hinblick auf Entbindungen per „Wunschkaiserschnitt“ die Frage: *„If a woman did not request a C-section, or refused one if offered by her physician, is she morally responsible if a fetal problem does ensue?“* (Christilaw, 2006, S.266). Ein (Körper-)Verständnis mit Besitz- und Verfügungsrechten kann demnach als *„Einfallstor für Expertisierungen und Kommerzialisierung“* (Villa et al., 2011, S.15) fungieren.

Als diskursive Verknüpfung passt ein solches (Körper-)Verständnis semantisch und argumentativ zu dem Konstrukt der Kundinnenrolle, auf dem das Modell „Informed Consent“ basiert und auf welches in der geburtsklinischen Versorgung mit einem „Wunschkaiserschnitt“ verwiesen wird (Dudenhausen, 2008; Lee & D’Alton, 2008b; Vetter & Goeckenjan, 2005; Sharma et al., 2004, Minkoff et al., 2004; ACOG, 2004). Zugleich gilt der „Wunschkaiserschnitt“ als Resultat informierter Entscheidungsfindung in den entsprechenden Publikationen als ethisch gerechtfertigt. Wie zeitgenössisches Vokabular hierbei Einfluss auf Denken und Handeln nehmen kann, verdeut-



licht Bergeron (2007): *„A search in medical literature databases revealed that in other medical disciplines, unnecessary surgery comes up as medical malpractice or medical error but never as patient-choice“* (Bergeron, 2007, S.482).

Die Annahme Machtstrukturen könnten allein durch Informationen und Aufklärung aufgebrochen werden, erweist sich am Beispiel des „Wunschkaiserschnitts“ als Trugschluss. Kuhlmann (2010) betont, dass sowohl die Geschichte der Medizin als auch die (ärztliche) Professionsforschung veranschaulichen, wie immer wieder aufkommende soziale Forderungen umgedeutet und in institutionalisierte medizinische Wissensbestände integriert werden, um mit standespolitischen Interessen kompatibel sein zu können. Dies gilt nicht zuletzt auch für die Kategorie „Gender“.

Neben einigen Beobachtungsstudien im Bereich gynäkologisch-geburtsmedizinischer Versorgung, die Hinweise auf mögliche genderspezifische Unterschiede in Interaktionsgestaltungen liefern, überwiegen speziell im Kontext zunehmender Schnittentbindungen Fachpublikationen, die (in der Überschrift oder im abstract) vorgeben Genderaspekte zu untersuchen und dennoch ausschließlich die Kategorie „Sex“ (biologisches Geschlecht) berücksichtigen. In relativ konsistenter internationaler Übereinstimmung belegen derartige Studien, dass Ärztinnen seltener bereit sind „Wunschkaiserschnitte“ durchzuführen als Ärzte. Anknüpfend an die klassischen Prinzipien der Medizinethik entsteht der Eindruck, dass paradoxerweise gerade Frauenärztinnen dem Respekt vor der Autonomie von schwangeren Nutzerinnen, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern, weniger nachzukommen scheinen als ihre Kollegen. Schmacke (2005a) weist in diesem Zusammenhang allerdings darauf hin, dass Nutzerinnenorientierung nicht grundsätzlich bedeutet, alles auszuführen was von Nutzerinnen gewünscht wird. Der Autor plädiert stattdessen für eine erhöhte ärztliche Aufmerksamkeit im Bezug auf die Sichtweisen der Nutzerinnen und für eine aktive Auseinandersetzung mit deren Präferenzen im Sinne einer professionellen, ärztlichen Verantwortung. Informed Consent erweist sich diesbezüglich nicht als adäquates Konzept medizinischer Entscheidungsfindung. Hier schließt sich auch die Forderung von Lalouschek (2002) an, mit Verankerung entsprechender Curricula in ärztlicher Ausbildung Sensibilisierung und Reflexion kommunikativer Abläufe zu befördern.

Aus ethischer Perspektive kritisiert Tegethoff die *„überraschende“* Seltenheit von Diskussionen über die Autonomie von Gebärenden *„im ausdrücklichen Zusammenhang mit den anderen ethischen Prinzipien“* (Tegethoff, 2011, S.124), wie Vermeidung von Schaden, Fürsorge und Gerechtigkeit. Bergeron (2007) bilanziert unter Beachtung von Fürsorge und Nicht-Schaden, dass angesichts mangelnder Evidenzbasierung zu Nutzen und Risiken des „Wunschkaiserschnitts“, diese Entbindungspraxis ethisch nicht zu rechtfertigen ist. Bezug nehmend auf das Prinzip Gerechtigkeit ist laut der Autorin ebenfalls keine ethische Rechtfertigung abzuleiten, da einerseits keine reliab-

len Daten zu „long-term-costs“ zu „Wunschkaiserschnitten“ im Vergleich zu geplanten Vaginalgeburten zur Verfügung stehen und andererseits: *„However, is gender justice achieved when children are surgically removed from their mother's womb at a date convenient to their mother's employer?“* (Bergeron, 2007, S.485).

Die Position des ACOG (2008) zur ethischen Rechtfertigung des „Wunschkaiserschnitts“ erscheint vor dem Hintergrund dieser Überlegungen mehr als fraglich. Und dennoch geben Rose und Schmied-Knittel (2011) zu bedenken, dass auch unabdingbares Festhalten am Traditionsdispositiv der „natürlichen Geburt“ angesichts konkreter biographischer Erfahrungen schwangerer Frauen nicht im Einklang mit Nutzerinnenorientierung stehen kann. So bleibt offen, wie verantwortungsvolle und nutzerinnenorientierte Interaktionen von FrauenärztInnen bei Äußerungen nach gewünschtem Kaiserschnitt zu gestalten sind. Situations- und Kontextbezogenheit erscheinen hierbei richtungsweisend. Graumann (2007) unterscheidet (PatientInnen-)Autonomie in eine situationsbezogene Handlungsautonomie, die persönlichen und aktuellen, physischen und psychischen Ressourcen unterliegt; sowie in ein moralisches Recht nicht manipuliert und instrumentalisiert zu werden. Letzteres steht für die Autorin in engem Zusammenhang mit einer (fürsorglichen) ärztlichen Verantwortung, Bedingungen für Selbstbestimmung zu erhalten oder wieder herzustellen. Anknüpfend an eine Situations- und Kontextbezogenheit vertreten Kukla und Co-Autorinnen die Überzeugung: *„Conversations about how to give birth – like conversations about how to die – are not governed by one-size-fits-all scripts, or routine check-off questions; instead, they ought to proceed via respectful probes and receptivity to emerging concerns, questions and values“* (Kukla et al., 2009, S.7).

### 3.3.4 Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit steigenden Kaiserschnittsraten sowie in der Diskussion um den „Wunschkaiserschnitt“ wird immer wieder auf die Bedeutung des „individuellen frauenärztlichen Einflussfaktors“ hingewiesen (Emmett et al., 2006; vgl. Kapitel 2.2.2; vgl. Kapitel 3.1.3). Vor dem Hintergrund einer synchronen und diachronen Perspektive (Lüders & Meuser, 1997; vgl. Kapitel 2.4) wurde im letzten theoretischen Abschnitt dieser Arbeit vor allem nachgezeichnet, welche *„diskursive Knoten“* (Jäger, 2000, [13]) FrauenärztInnen im „Handlungssystem Geburtsklinik“ in ihren Haltungen bei Entscheidungsfindungen mit Nutzerinnen prägen können, die den Wunsch nach Kaiserschnitt artikulieren. Neben innovationsresistenten Hierarchiestrukturen sowie komplexen Rechtsprechungen in geburtsklinischer Versorgung können insbesondere Diskursausrichtungen unter dem „Label Nutzerinnenorientierung“ großen Einfluss auf klinikärztliche Interaktionsgestaltungen nehmen.

Vordergründig besehen kann der in Deutschland im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts stark gewachsene Anteil an Frauen in der frauenärztlichen Profession als Anzeichen für einen Wandel in geburtsklinischen Strukturen gewertet werden. Bei genauerer Betrachtung zeigen sich jedoch weiterhin ungleiche, vertikale Geschlechtsstrukturen innerhalb ärztlicher Statusgruppen in Geburtskliniken (Kuhlmann & Larsen, 2009). Die öffentliche Wahrnehmung von klinisch tätigen ÄrztInnen wird geprägt durch medienwirksam gestaltete Gehaltstarifverhandlungen – nicht ohne Verweis auf flächendeckende Nichteinhaltung neu geregelter klinikärztlicher Arbeitszeitmodelle aufgrund nicht zu besetzender, vakanter Stellen. Mehr Aufschluss über Positionierungen und Selbstbilder einer nachrückenden ärztlichen Generation mit erstarktem Frauenanteil können aktuelle Befragungen von KlinikärztInnen zu ihrer Arbeitssituation geben (Angerer et al., 2011; Reiß et al., 2011, Dettmer et al., 2010; Buxel, 2009). Auffällig ist die wachsende Kritik an mangelnder Sensibilisierung Krankenhausärztlicher Führungskräfte für die Notwendigkeit flacherer Hierarchiestrukturen im Sinne von kollegialer Zusammenarbeit, wertschätzender Feedbacksysteme und familienfreundlicher Personalpolitik. Zunehmende Publikationen über Zusammenhänge von beruflicher Belastung und psychischen Erkrankungen von ÄrztInnen sowie eine Enttabuisierung von ärztlicher Unfehlbarkeit geben weitere Hinweise auf einen allmählichen Wandel ärztlicher (Selbst-)Bilder. Im Zuge dessen könnte auch eine Abkehr von der – an männlichen Rollenvorbildern orientierten – strukturellen (und inhaltlichen) Ausrichtung geburtsmedizinischer, stationärer Versorgung in Aussicht gestellt sein. Dennoch entsteht der Eindruck, dass – jenseits fraglos bedeutsamer Rahmenbedingungen wie Personalmangel, Arbeitsbelastung und Arbeitszeitfragen – andere Faktoren im Hinblick auf klinikärztliche Entscheidungsfindungen für Entbindungsmodi gewichtigere Rollen spielen.

Wenngleich in Deutschland erste Ansätze für eine offenere Kommunikation über ärztliche Behandlungsfehler erkennbar sind, mehren sich die Hinweise, dass insbesondere im geburtsklinischen Bereich vorrangig Angst vor juristischen Sanktionen ärztliches Denken und Handeln bestimmt (Habiba et al., 2006). Die deutsche Rechtsprechung stellt im Zusammenhang mit dem „Wunschkaiserschnitt“ komplexe forensische Anforderungen an KlinikärztInnen. Bei der Entscheidung für eine medizinisch nicht notwendige Kaiserschnittentbindung werden explizit der Stellenwert des ärztlichen Aufklärungsgesprächs hinsichtlich möglicher Folgen und Risiken sowie das Recht auf Selbstbestimmung der Schwangeren betont (AG MedR DGGG, 2010a). Bei genauerer Betrachtung der deutschen Gesetzeslage kann jedoch kein „forensischer Zwang“ zur Durchführung eines Kaiserschnitts auf mütterlichen Wunsch abgeleitet werden, wie manche geburtsmedizinische Publikationen den Anschein erwecken (wollen). Gleichwohl befördert die zunehmende ärztliche Antizipation rechtlicher Konsequenzen eine geburtsklinische Ausrichtung, die sich mehr und mehr an

einer „Risikominimierung von Schwangerschaft und Geburt“ orientiert. KritikerInnen dieses defensiv-medizinischen Denkens und Handelns verweisen auf das enorme Medikalisierungspotential, das solch eine Ausrichtung für reproduktive Frauengesundheit mit sich bringt (vgl. Kapitel 3.1.3; Samerski, 2012; Duden, 2010; Schneider, 2003). Ein klinikärztliches (Selbst-)Verständnis von „geburtsmedizinischem Risikomanagement“ führt angesichts der verstärkten Fokussierung von Medizinrechtsauslegung auf das Selbstbestimmungsrecht von Schwangeren nun anscheinend zu der Entwicklung, dass klinisch tätige FrauenärztInnen als Form der Interaktionsgestaltung mit NutzerInnen zunehmend eine „informierte Entscheidungsfindung“ für geburtsklinische (!) Entbindungsarten präferieren.

„Selbstbestimmung“ und „Informed Consent“ erweisen sich im Kontext geburtsklinischer Versorgung mit „Wunschkaiserschnitt“ als zentrale und wirkmächtige Begriffe. Im auffälligen Kontrast dazu stehen Bestrebungen in der Gesundheitsversorgung, „mündige NutzerInnen“ verstärkt partizipativ an Entscheidungen in medizinischen Behandlungsprozessen zu beteiligen. Dagegen sehen GeburtsmedizinerInnen – gemäß dem häufig von ihnen propagierten Modell der Informed-Consent-Entscheidung – ihre klinikärztliche Aufgabe insbesondere darin, schwangere NutzerInnen mit (nach ihrem ärztlichem Ermessen) relevanten Informationen über Nutzen und Risiken verschiedener Entbindungsarten zu versorgen und deren „selbstbestimmte“ Entscheidung abzuwarten, um danach die von den Schwangeren allein getroffene Entscheidung zu ermöglichen (ACOG, 2004). Im Zuge der vermehrten Verwendung von Begrifflichkeiten wie NutzerInnenorientierung oder Partizipation im gesundheitspolitischen Kontext wird auf die hohe programmatische Bedeutung hingewiesen, die diese Begriffe transportieren, ohne dass einheitliche Definitionen existieren. Die Verwendung dieser Begriffe durch unterschiedliche AkteurInnen kann demnach mit unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen und Zielsetzungen einhergehen, die je nach (standes-)politischer Interessenlage eine entsprechende Gewichtung erhalten können (Marent et al., 2009; Dieterich, 2006).

Besonders deutlich wird dies anhand des Begriffes „Selbstbestimmung“ im Zusammenhang mit (reproduktiver) Frauengesundheit. Zunächst von Protagonistinnen der zweiten Frauenbewegung in den 1970er und frühen 1980er Jahren verstanden als Abwehr von patriarchaler Fremdbestimmung, „mutierte“ ein Verständnis von (reproduktiver) Selbstbestimmung – im Zuge einer (politisch gewollten) Verlagerung der Interessenvertretung für frauen- oder geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung in Institutionen – zu einer neoliberalen Begriffskonstruktion, die (herrschafts-)machtinteressengeleitet ist (Helfferich, 2012; Rose & Schmied-Knittel, 2011). Das hierbei verwendete Vokabular gleicht sehr dem feministischer Forderungen der 1970er und 1980er Jahre und lässt auf den ersten Blick nur schwer Neopaternalismus oder *„gendersensible biopolitische Praxen einer neuen Gouvernamentalität“* (Mc Robbie,

2010, S.94) erkennen. Selbstbestimmung wird nunmehr definiert als Recht auf Informationspluralismus, (geburtsklinische) Optionenvielfalt und Wahlfreiheit, während zugleich ein gesellschaftlicher Zwang zur individuellen Selbstoptimierung und Verantwortungsübernahme besteht (Duden, 2010, Kukla et al., 2009; Bryant et al., 2007; Schneider, 2003). Verknüpft mit einem geburtsklinischen „Risikoregime“ von Schwangerschaft und Geburt kann die Konnotation im Sinne von Eigenverantwortlichkeit, die dem aktuellen Verständnis von reproduktiver Selbstbestimmung inne wohnt, zur „*Entscheidungsfalle*“ (Samerski, 2012, S.11) für Schwangere werden: Trotz mangelnder Evidenzbasierung für Nutzen von geplanten Schnittentbindungen ohne medizinische Notwendigkeit im Vergleich zu angestrebten Spontangeburt (vgl. Kapitel 2.3) können durch iatrogen aufgebaute Risikodiskurse Nutzerinnen der geburtsmedizinischen Versorgung Geburt überhaupt erst als Risiko wahrnehmen, um dann als eigenverantwortliche Frauen und verantwortungsvolle Mütter sich (vermeintlich selbstbestimmt) für „ihre individuelle“ Risikominimierung durch Kaiserschnittentbindung zu entscheiden. Kritische ExpertInnen sehen darin eine Strategie der Verschiebung (forensisch relevanter) Verantwortlichkeiten für die „Wahl“ (Wunsch-) Kaiserschnitt an geburtsklinische Nutzerinnen, dabei werden diese zugleich in ihrer Entscheidung bestätigt und im Zuge dessen richtet sich die öffentliche Aufmerksamkeit zudem weniger auf möglichen betriebswirtschaftlichen Nutzen der Kliniken oder auf (standes-)politische Interessen an der Zunahme von Kaiserschnittoperationen (Villa et al., 2011; Kukla et al., 2009; Fenwick et al., 2008; Bryant et al., 2007).

Vor dem Hintergrund der sozialpolitischen Veränderungen im „Handlungssystem Geburtsklinik“ seit den 1990er Jahren und eines allmählichen Wandels des Selbstverständnisses von KlinikärztInnen sowie angesichts immer komplexeren forensischen Anforderungen im geburtsklinischen Versorgungssegment verdeutlicht ein diskursanalytischer Blick um so mehr die facettenreiche Aufgabe und Rolle von KlinikärztInnen im Prozess von Entscheidungsfindung für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“. Forderungen nach ärztlicher Ausbildung von Reflexionsvermögen und Sensibilisierung für kommunikative Abläufe, einschließlich der Betrachtung von Wechselwirkungen zwischen institutionsspezifischer kommunikativer Praxis und deren systemerhaltenden Funktion, erscheinen mehr als geboten (Lalouschek, 2002). Bereits im Jahr 2000 beklagte Wagner im Zusammenhang mit der Debatte um den „Wunschkaiserschnitt“ im „Lancet“: *„Obstetricians tend to blame women, lawyers, and the legal system for so much litigation, rather than looking at their own role“* (Wagner, 2000, S.1678). Unter Bezugnahme auf soziologische und linguistische Forschung erhält in jüngerer Vergangenheit die Auseinandersetzung um konzeptionelle Interaktionsgestaltung zwischen ÄrztInnen und NutzerInnen bei Entscheidungsfindungen eine neue Dimension, jenseits der Inhaltsebene wird auch die Bedeutung

der Beziehungsebene zwischen den beteiligten AkteurInnen in den Blick genommen (Entwistle & Watt, 2006; Montori et al., 2006).

Am Beispiel „Wunschkaiserschnitt“ lässt sich erkennen, dass allein durch Informationen und Aufklärung patriarchale Machtstrukturen nicht aufgebrochen werden können. Professions- und medizingeschichtliche Forschung verdeutlichen, wie sozialkritische Forderungen an die Geburtsmedizin umgedeutet und in institutionalisierte medizinische Wissensbestände integriert werden, um mit standespolitischen Interessen kompatibel sein zu können (Kuhlmann, 2010).

Wie wenig empirie- und evidenzbasiert die einschlägige Fachliteratur zum Thema Entscheidungsfindung für einen „Wunschkaiserschnitt“ ist, belegt die Metaanalyse von McCourt et al. (2007). Bei ihrer Recherche in verschiedenen Datenbanken identifizierten die Autorinnen die Mehrheit der über 200 gefundenen Publikationen als ExpertInnenmeinungen, Standpunktbestimmungen und Kommentierungen, insgesamt erfüllten nur 17 Artikel die Einschlusskriterien für das Review: *„(...) however this balance of numbers indicates that elective section is a topic of considerable concern, which may be informed more by professional opinions than by research evidence. (...) Opinion articles may influence the research discourse directly or through other means such as media impact“* (McCourt et al., 2007, S.78). Van Wagner beschrieb diesen Umstand bereits drei Jahre zuvor mit den Worten: *“Ironically but perhaps revealingly, in an age of evidence-based practice, we are caught up in discussions more dominated by ideology than evidence“* (van Wagner, 2004, S.14).

In der Fachliteratur finden sich entsprechend viele Verweise auf bestehende Forschungslücken in diesem Kontext. Meinungen und Einstellungen ärztlicher Professioneller zu Beteiligung von NutzerInnen an medizinischen Entscheidungen wurden bislang selten mit einem qualitativen Forschungsansatz untersucht (Baumgart, 2010; Ernst et al., 2007; Entwistle & Watt, 2006). Kuhlmann verweist insbesondere auf die versorgungsforschungsorientierten, offenen Fragen, welche *„alltagspragmatischen Lösungsmuster“* ÄrztInnen im Handlungssystem Klinik ausbilden und welche *„Orientierungsangebote für die Praxis zur Verfügung [stehen]“* (Kuhlmann, 2000, S.38).

Im Spannungsfeld frauenärztlicher Orientierung zwischen Nutzerinnen und Nutzen bleiben bei der klinikärztlichen Entscheidungsfindung für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ insbesondere auch folgende Fragen zu klären:

- Welche (nicht mittelbar ersichtlichen) Entscheidungskontextualitäten bestimmen klinikärztliche Interaktionsgestaltungen mit Nutzerinnen, die den Wunsch

nach Entbindung per Kaiserschnitt äußern (Gamble et al., 2007; McCourt et al., 2007)?

- Lassen sich (weitere) Erkenntnisse über genderspezifische frauenärztliche Einstellungen und Haltungen im Hinblick auf die geburtsklinische Versorgung mit einem „Wunschkaiserschnitt“ gewinnen (Christen et al., 2008; Schach, 2007)?
- *„Also, with regard to hierarchical culture of medicine, it would be beneficial for future research to explore how the dominant discourses described in this paper are redeployed through the hierarchy of medical culture: what are the social processes through which discourses that favour caesareans attain dominance, to the detriment of alternative ones (...) that do not?“* (Bryant et al., 2007, S.1200).

Der nachfolgende empirische Teil dieser Arbeit mit seinen Auswertungsergebnissen von Interviews mit klinisch tätigen FrauenärztInnen soll einen Beitrag leisten, diese bestehenden Forschungslücken zu schmälern.

#### **4. METHODISCHES VORGEHEN**

Vor dem Hintergrund des bisher Dargestellten kann davon ausgegangen werden, dass sowohl traditionell-institutionelle und wirtschaftlich-ökonomische Faktoren als auch juristische Aspekte und gesundheitspolitische Diskurse einen bedeutsamen Kontext der klinikärztlichen Entscheidung für einen „Wunschkaiserschnitt“ darstellen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist, empirisch erfasste Sichtweisen von klinisch tätigen FrauenärztInnen auf ihr Erleben von Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern, im Spiegel dieser Kontextualitäten zu betrachten.

Die Untersuchung wurde mit einem qualitativen Forschungsdesign durchgeführt, da Verbalisierung von Erfahrungswirklichkeit(en) und deren interpretative Auswertung in einem qualitativen Verfahren der Komplexität gerecht werden kann. Sackett und Wennberg (1997) bezeichnen die Gegenstandsangemessenheit als zentrales Kennzeichen jedweder Forschung: Der zu untersuchende Gegenstand ist Bezugspunkt für die Auswahl der Methode, wobei der Untersuchungsgegenstand in der qualitativen Forschung nicht in einzelne Variablen zerlegt, sondern in seiner Komplexität und im Kontext untersucht wird.

Als wesentliche weitere Charakteristika qualitativer Forschung werden – der Orientierung am subjektiven und interpretativen Paradigma folgend – Subjekt- und Alltagsorientierung sowie das Prinzip der Offenheit angeführt (Flick, 2005a). Durch empirisch begründete Formulierungen subjekt- und situationsspezifischer Aussagen kann qualitative Forschung der Untersuchung von subjektiven (Be-)Deutungen und des alltäglichen Erlebens und Handelns gerecht werden. Gleichzeitig ermöglicht der qualitative Forschungsansatz mit der Offenheit aus seiner empirischen Analyse weitere bedeutsame Faktoren sozialer Wirklichkeiten zu identifizieren und nachzuvollziehen (Flick, 2005a; Breuer et al., 2002).

Dieses Kapitel stellt das methodische Vorgehen der durchgeführten Untersuchung dar<sup>150</sup>. Zunächst erfolgt auf der Basis des bisher betrachteten Forschungsstands eine Konkretisierung der gewählten Fragestellung. Danach wird das Erhebungsverfahren ExpertenInneninterview im Hinblick auf die durchgeführte Studie unter verschiedenen Aspekten betrachtet und diskutiert. Anschließend werden die Samplebildung und das weitere Vorgehen im Forschungsprozess sowie das Auswertungsverfahren beschrieben. Eine Reflexion der angewandten Methode vervollständigt das Kapitel.

---

<sup>150</sup> Die genaue Beschreibung des methodischen Vorgehens und der Dokumentation des Forschungsprozesses wird als ein Gütekriterium qualitativer Forschung angesehen (Flick, 2005a; Bortz & Döring, 2002). Dieses relativ umfangreiche Kapitel soll demzufolge (auch) der Transparenz des Vorgehens bei der hier vorgelegten wissenschaftlichen Arbeit dienen.



#### 4.1 Präzisierung der Fragestellung

Die leitende Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit lautet: „Wie erleben klinisch tätige FrauenärztInnen Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern?“.

Dieser Fragestellung liegt die Auffassung zugrunde, dass der Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ nicht nur als einzelne Interaktionssituation zwischen Schwangeren und ÄrztInnen angesehen werden kann. Vielmehr sind Risikowahrnehmung und -bewertung sowie daraus möglicherweise resultierende Entscheidungen für Kaiserschnitte bei allen beteiligten AkteurInnen prozesshafte Entwicklungen, die dem Einfluss nicht mittelbar ersichtlicher Entscheidungskontextualitäten unterliegen (können):

Anhand der historischen Betrachtung der Medikalisierung von Frauengesundheit und ärztlicher Professionalisierung wurde eine bis in die Postmoderne anhaltende wirkmächtige, historisch-kulturell geprägte Dominanz geburtsmedizinischer Deutungsmuster von Schwangerschaft und Geburt aufgezeigt. Im heutigen „System Geburtsklinik“ lassen sich weitere Faktoren betrachten, die auf Entscheidungen für „Wunschkaiserschnitte“ Einfluss nehmen (können). Eine zunehmende marktwirtschaftliche Ausrichtung des Krankenhaussektors beeinflusst ärztliches Denken und Handeln und kann die Akzeptanz geburtsklinischer Versorgung mit „Wunschkaiserschnitt“ vorantreiben. Zugleich fällt eine verstärkte Betonung des Rechts auf Selbstbestimmung der Schwangeren für Entbindungsarten (in der Geburtsklinik) auf – sowohl im forensisch-geburtsmedizinischen Kontext als auch unter der Überschrift „Informed Consent-Entscheidungsfindung“.

Die gewählte Fragestellung geht mit der Intention einher, unterschiedliche Erfahrungswirklichkeiten der befragten FrauenärztInnen zu untersuchen, um in Verbindung mit den und jenseits der dargestellten Einflussfaktoren weitere Erkenntnisse zu Entscheidungskontextualitäten für einen „Wunschkaiserschnitt“ zu gewinnen. Hierbei ist das Forschungsziel weniger, Bekanntes zu überprüfen, als Neues zu entdecken.

Die zentrale Fragestellung wurde demnach in folgende Forschungsfragen konkretisiert:

- Wie erleben FrauenärztInnen in der Geburtsklinik ihre Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“?
- Welche Limitierungen durch Versorgungssystemvorgaben benennen die Interviewten im Hinblick auf diese Interaktionen?
- Welche Lösungsstrategien entwickeln oder wünschen sich die Befragten in diesem Prozess?

Die Datenerhebung erfolgte durch 18 leitfadengestützte ExpertInneninterviews – (modifiziert) nach Meuser und Nagel (2005) – mit klinisch tätigen FrauenärztInnen im Land Bremen.

### 4.2 Das ExpertInneninterview als Erhebungsinstrument

Meuser und Nagel veröffentlichten 1991 ihre erste – heute klassisch zu nennende – Publikation über das ExpertInneninterview und prägten den Begriff im Sinne einer gesonderten Interviewform sowie eines eigenständigen methodischen Verfahrens. In der Literatur existieren indes unterschiedliche Auffassungen, Auslegungen und Anwendungen des ExpertInneninterviews. Zunächst werden diese skizziert, um anschließend darzustellen, welches Verständnis des ExpertInneninterviews der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt. Ebenso werden die Rolle der Interviewerin sowie spezielle Genderaspekte beim ExpertInneninterview im Hinblick auf die durchgeführte Studie näher betrachtet.

#### 4.2.1 Die Debatte um das ExpertInneninterview

Meuser und Nagel (2005; 1991) sehen im ExpertInneninterview ein eigenständiges Verfahren, in welchem, im Gegensatz zu anderen Formen des offenen Interviews<sup>151</sup>, nicht die Gesamtperson mit ihren Einstellungen im individuellen oder kollektiven Lebenszusammenhang den Gegenstand der Analyse darstellt. Vielmehr wird das ExpertInneninterview als Instrument für Untersuchungen bezeichnet, in denen das ExpertInnenwissen im Zentrum des Interesses steht. Meuser und Nagel unterscheiden hierbei in „Betriebswissen“ und „Kontextwissen“ (Meuser & Nagel, 2005, S.75). In einem Fall bilden ExpertInnen die Zielgruppe der Untersuchung und geben Auskunft über ihr eigenes Handlungsfeld und -wissen. Im anderen Fall haben die Interviews die Aufgabe, Informationen über eine andere Zielgruppe zu liefern.

Das ExpertInneninterview ist ein offenes, leitfadenorientiertes Verfahren. Nach Meuser und Nagel (2005) wird mittels eines Leitfadens aber gleichwohl eine thematische Fokussierung und inhaltliche Strukturierung des Gesprächs ermöglicht. Die Anwendung leitfadenorientierter Gesprächsführung ist für die AutorInnen ein zentrales Kennzeichen des ExpertInneninterviews, diese ermöglicht zugleich dem thematischen Forschungsinteresse an den Befragten und deren ExpertInnenstatus gerecht zu werden.

---

<sup>151</sup> In der qualitativen Forschung gibt es unterschiedliche, auf der Sprachebene angesiedelte Erhebungsverfahren, beispielsweise problemzentrierte oder narrative Interviews (Flick, 2005a; Mayring, 2002). Bogner und Menz betonen, dass das ExpertInneninterview gegenüber vielen anderen Erhebungsmethoden – bei einem vergleichsweise ökonomisch und zeitlich geringen Organisationsaufwand – „(...) eine konkurrenzlos dichte Datengewinnung [ermöglicht] (...)“ (Bogner & Menz, 2009a, S.8).

In der Literatur wird die Frage, ob ExpertInneninterviews als eigenständiges Interviewverfahren anzusehen sind, kontrovers diskutiert:

Kassner und Wassermann (2005) halten das ExpertInneninterview eher für den Entwurf eines kompletten Forschungsdesigns als für ein eigenständiges methodisches Verfahren. Sie verweisen darauf, dass *„ExpertInnen sowohl in ihrem Handlungskontext als auch in der Interviewsituation selbst keineswegs nur als ‚Professionelle‘, sondern ebenso als Personen anwesend sind“* (Kassner & Wassermann, 2005, S.107). Flick (be-)wertet ExpertInneninterviews sogar als *„Abkürzungsstrategien“* in der qualitativen Forschung (Flick, 2005b, S.263). Pfadenhauer (2005) wiederum hält ExpertInneninterviews durchaus für eine eigenständige Methode im Rahmen qualitativer Interviews, die Autorin argumentiert vor allem mit dem zugrunde liegenden Erkenntnisinteresse und der besonderen Art der Gesprächsführung.

Bogner und Menz (2005) legen den Fokus bei der Klärung des Begriffs ExpertInneninterview auf die nicht hinreichend zu definierende Trennung von Privatsphäre und beruflichem Funktionskontext. Die Autoren erweitern demzufolge die Typisierung des ExpertInnenwissens von Meuser und Nagel um eine dritte Dimension. Hierbei liegt das Erkenntnisinteresse auf der „subjektiven Dimension“ des ExpertInnenwissens, subjektive Handlungsorientierungen und Entscheidungsmaxime sollen erschlossen werden. Unter diesem *„Deutungswissen“* (Bogner & Menz, 2005, S.43) verstehen die Autoren weniger Fachwissen im engeren Sinne, sondern praktisches Erfahrungswissen aus dem eigenen Handlungskontext mit entsprechend subjektiven Relevanzen, Sichtweisen und Interpretationen der ExpertInnen. Die weiteren Wissensdimensionen neben eines „Deutungswissens“ bezeichnen Bogner und Menz (2005) – in Abgrenzung zu Meuser und Nagel (2005) – als *„technisches Wissen“* (anstatt Betriebswissen) und *„Prozesswissen“* (anstatt Kontextwissen) (Bogner & Menz, 2005, S.43).

Die Anwendung des ExpertInneninterviews in der vorliegenden Untersuchung basiert auf einem Verständnis dieses Erhebungsinstruments, das sich der Auffassung von Bogner und Menz (2005) anschließt; das Erkenntnisinteresse, das der Studie inhärent ist, kann in allen drei Wissensdimensionen angesiedelt werden:

Die Erforschung der Erfahrungswirklichkeiten von FrauenärztInnen in Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern, ist als Rekonstruktion und Analyse des Deutungswissens von ExpertInnen zu werten. Fragen zur Einschätzung möglicher Ursachen und Einflussfaktoren für steigende Kaiserschnittsraten zielen zwar zunächst auf die „klassischen“ Bereiche Technisches Wissen und Prozesswissen ab; beispielsweise können Stellungnahmen zum veränderten operativen Management des Kaiserschnitts primär technischem Wissen zugeordnet werden, diese weisen aber dennoch auch Elemente von Deutungswissen auf. Ebenso können ärztliche Einschätzungen zur veränderten Rolle der Schwangeren in der Entscheidungsfindung alle drei Wissensdimensionen berühren.

Die Debatte um das ExpertInneninterview hatte sich während der Erhebungsphase der vorliegenden Untersuchung deutlich intensiviert (Bogner & Menz, 2009a). 2009 – als sich dieses Projekt bereits in seiner Auswertungsphase befand – erschien eine Neuauflage des Artikels von Meuser und Nagel, die interessanterweise nicht nur eine Überarbeitung der bisher zitierten Publikation darstellt, sondern von den AutorInnen selbst als *„Revision unserer früheren Position“* bezeichnet wird (Meuser & Nagel, 2009, S. 46).

### 4.2.2 ExpertInnenrollen und ExpertInnenwissen

Vor dem Hintergrund wissenssoziologischer Auseinandersetzungen um den Wandel von Wissensproduktion und Wissenskultur sahen sich Meuser und Nagel (2009) veranlasst, ihre bisherigen Überlegungen zu den Begriffen „ExpertIn“ und „ExpertInnenwissen“ – in Anlehnung an Bogner und Menz (2005) – zu reformulieren.

2005 beschrieben Meuser und Nagel den ExpertInnenstatus noch als relationalen Status, der ExpertInnenstatus wurde in Relation zum Forschungsgegenstand und Erkenntnisinteresse bestimmt. Grundsätzlich sahen sie als ExpertInnen, *„wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder wer über einen privilegierten Zugang zu Information über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt“* (Meuser & Nagel, 2005, S.73). Kennzeichnend für ExpertInnen war demnach nicht nur ein exklusiver Wissensbestand, sondern auch eine verantwortliche Zuständigkeit für Problemlösungen, die Gegenstand des Forschungsinteresses sind. Der Kontext, in welchem die ExpertInnen handeln und sich bewegen, wurde hierbei als ein organisatorischer oder institutioneller Zusammenhang verstanden. Die Gesamtpersonen der ExpertInnen stellten jedoch nicht den Gegenstand der Analyse dar.

Pfadenhauer (2005) versuchte mit der Figur der/des Professionellen eine Abgrenzung vom ExpertInnenbegriff zu schaffen. Als Prototyp der Professionellen bezeichnete sie MedizinerInnen, welche über privilegierte Informationszugänge verfügen und verantwortlich zuständig sind für die Entwicklung, Anwendung und Kontrolle von medizinischen Problemlösungen. *„Der professionelle Kompetenzanspruch der Mediziner zielt wesentlich darauf ab, die Berechtigung zur Linderung bzw. zum Heilen von Leiden dauerhaft an jene Personengruppe zu binden, die nachweislich die von der Profession definierten Qualifikationsstandards erfüllt: an den Stand eben der approbierten Ärzte“* (Pfadenhauer, 2005, S.122). ExpertInnen zeichnen sich laut der Autorin jedoch nicht nur durch professionelles Sonderwissen aus, sondern auch durch Kompetenzen, die über nicht formalisierte Zugänge erworben werden, sie definierte demzufolge den Begriff von ExpertInnen mit einem erweiterten sozialen Kompetenzbegriff. Auch Pfadenhauer beginnt damit die Konstruktion einer engen Kopplung von Exper-

tlnnentum und exklusivem Sonderwissensbestand von Meuser und Nagel (2005) aufzubrechen.

Ihrer Auslegung von ExpertInneninterviews folgend, plädierten Bogner und Menz 2005 ebenso für einen erweiterten Begriff von ExpertInnen. „*Prinzipiell sind alle Menschen Experten für ihre eigenen Bedeutungsinhalte*“<sup>152</sup> (Bogner & Menz, 2005, S.40). Ferner gaben die Autoren zu bedenken, dass der ExpertInnenbegriff nach Meuser und Nagel (2005), welcher ExpertInnen als Angehörige einer Funktionselite versteht, auch „*die Gefahr, einen elitäristisch aufgeladenen Expertenbegriff unkritisch zu übernehmen*“ beinhaltet (Bogner & Menz, 2005, S.41). Die Argumentation für einen erweiterten ExpertInnenbegriff von Bogner und Menz ist plausibel: ExpertInnen sind nicht nur als Personen mit spezifischem Wissen anzusehen, gerade aufgrund ihrer Zuständigkeit für Problemlösungen muss auch die soziale Relevanz ihres Wissens Beachtung finden. Die Verfasser betonten, dass hierfür die Äußerungen der als Privatpersonen erkennbaren Aussagen nicht zu vernachlässigen sind. Die Befragten sind immer in einer Doppelrolle präsent – als Professionelle und als (Privat-) Personen – und somit sind subjektive Sichtweisen und Sinnentwürfe gleichsam neben fachspezifischem Wissen wesentliche Determinanten für die Handlungsebene.

Die Bedeutung subjektiver Sichtweisen der Befragten zog in der Auseinandersetzung um das ExpertInneninterview letztlich eine methodische Integration der ExpertInnen als „Privatpersonen“ nach sich (Bogner & Menz, 2009). Die Re-Formulierung des Begriffs ExpertInnen und die Debatte um das ExpertInneninterview sind im Zusammenhang mit Diskussionen um Wandel von Wissensproduktion und -kultur zu sehen: Das Konstrukt eines Sonderwissens von Meuser und Nagel (2005) basierte auf der Annahme, dass sich Wissen in lebensweltliche und fachspezifische Kategorien trennen lässt. Diese Prämisse revidieren die AutorInnen 2009 grundlegend und beziehen sich auf den von Welsch postulierten Wandel in der Wissenskultur in der Postmoderne: „*Die Postmoderne ist jene geschichtliche Phase, in der radikale Pluralität als Grundverfassung der Gesellschaften real und anerkannt wird und in der daher plurale Sinn- und Aktionsmuster vordringlich (...) werden. (...) Die Grunderfahrung der Postmoderne ist die des unüberschreitbaren Rechts hochgradig differenzierter Wissensformen, Lebensentwürfe und Handlungsmuster. (...) Fortan stehen Wahrheit, Gerechtigkeit, Menschlichkeit im Plural*“ (Welsch, 2002, S.5).

Mit der Diversifizierung von Wissen geht demzufolge gleichzeitig eine „*Entgrenzung von Wissenssphären*“ (Meuser & Nagel, 2009, S.36) einher und die Unterscheidung von Wissenssystemen verliert ihre Trennschärfe. Wissensproduktion findet nunmehr verstärkt in transdisziplinären Kontexten statt. Wissensproduktion entsteht nicht nur

---

<sup>152</sup> Dies deckt sich mit dem Verständnis von ExpertInnen im Konzept des „shared decision making“ (vgl. Kapitel 3.3.3).

(inter-)disziplinär wissenschaftsbasiert, zunehmend finden ebenso lokales Wissen, Erfahrungswissen und Betroffenenperspektiven dabei Eingang<sup>153</sup>. Meuser und Nagel bezeichnen dies als „Crossover“ zwischen Insider- und Outsiderwissen (Meuser & Nagel, 2009, S.45) und positionieren sich dementsprechend neu: *„Eine Bestimmung des Expertenbegriffs muss diese neue Entwicklung berücksichtigen, und das Verfahren des Experteninterviews kann sie sich zu Nutzen machen. Dazu bedarf es einer über die Berufsrolle im traditionellen Sinne hinausgehenden Definition des Expertenstatus und damit verknüpft einer erweiterten Perspektive auf die dem Experten ‚auferlegten Relevanzen‘“* (Meuser & Nagel, 2009, S.43). Die AutorInnen betonen im Zuge ihrer Neupositionierung<sup>154</sup> die Einflüsse von biographischen, milieuhaften und soziokulturellen Faktoren auf ExpertInnenwissen sowie die Bedeutung der individuellen Verarbeitung einer zunehmenden Pluralität und Globalisierung von Wissen. Zudem weisen sie darauf hin, dass vor diesem wissenssoziologischen Hintergrund das Aushandeln von Expertise mit Strategien der Exklusion und Inklusion von Wissen zu einem zentralen Punkt von ExpertInnenwissen wird. Diese Aushandlungsstrategien bezüglich der Entscheidungsfindung für einen „Wunschkaiserschnitt“ aufzuzeigen und nachzuvollziehen ist ein Ziel, das mit der Anwendung des ExpertInneninterviews in der vorliegenden Untersuchung verbunden ist.

### 4.2.3 Die Rolle(n) der Interviewerin und mögliche Problematiken

InterviewerInnen sind zwangsläufig Bestandteil des Erhebungsinstruments Interview und stellen demzufolge einen Einflussfaktor für die (Gesprächs-)Daten dar. Die Art der Gesprächsführung, individuelle thematische Präferenzen sowie subjektive Werte beeinflussen das Interviewresultat (Bortz & Döring, 2002). Der idealen Vorstellung von Neutralität der InterviewerInnen kann in der Praxis nicht nachgekommen werden (Bogner & Menz, 2009b). Bei ExpertInneninterviews können InterviewerInnen unterschiedliche Rollen einnehmen und/oder durch die Befragten zugeschrieben bekommen. (Beiderseitige) Erwartungen, die mit den jeweiligen Rollen einhergehen, können den Gesprächsverlauf in unterschiedlicher Weise prägen und beeinflussen oder sogar zu spezifisch-problemhaften Interviewverläufen führen.

Bogner und Menz (2005) unterscheiden bei der Durchführung von ExpertInneninterviews verschiedene Rollen der InterviewerInnen beziehungsweise unterschiedliche

---

<sup>153</sup> Als Beispiele hierfür verweisen Meuser und Nagel (2009) auf zivilgesellschaftliche Netzwerke, neue soziale Bewegungen und Non-Governmental Organisationen.

<sup>154</sup> In ihrer Überarbeitung von 2009 benutzen Meuser und Nagel weder den Begriff „Betriebswissen“ noch den Begriff „Kontextwissen“.

Status-Interaktions-Modelle: InterviewerInnen als Co-ExpertInnen, InterviewerInnen als ExpertInnen einer anderen Wissenskultur und InterviewerInnen als Laien<sup>155</sup>.

Im Folgenden wird im Hinblick auf die vorliegende Studie auf die InterviewerInnenrollen Co-ExpertInnen und ExpertInnen eingegangen.

InterviewerInnen mit dem Status Co-ExpertInnen werden als KollegInnen angesehen, ein gemeinsam geteilter Vorrat an Wissen und Kenntnissen wird vorausgesetzt. Dies kann den Zugang zu ExpertInnen erleichtern und die Bereitschaft zur Interviewteilnahme erhöhen. Gleichzeitig besteht jedoch die Gefahr, dass das Gespräch die Befragungsebene verlässt und den Charakter einer Fachdiskussion mit „*technizistische[m] Einschlag*“ annimmt (Bogner & Menz, 2009b, S.79). Zudem kann die Begegnung zweier ExpertInnen der gleichen Profession von Konkurrenzverhalten geprägt sein, in der Vorbehalte für Offenlegung von Betriebs-, Kontext- und Deutungswissen bestehen (Bogner & Menz, 2009b; 2005).

InterviewerInnen mit dem Status ExpertInnen einer anderen Wissenskultur werden nicht als FachkollegInnen wahrgenommen, sondern als ExpertInnen einer anderen Disziplin. Antizipierte divergierende Formen von Hintergrundwissen – bei einem grundsätzlich vorausgesetzten gemeinsamen Kerninteresse – können dazu führen, dass die Befragten dazu neigen, ihre sonst impliziten Handlungsorientierungen eher zu verdeutlichen. Gleichwohl können die Befragten versucht sein, den vermeintlichen Erwartungen der InterviewerInnen gerecht werden zu wollen und sich mit ihren Antworten auf das vermutete Forschungsinteresse einstellen. Möglich ist allerdings auch, dass die Befragten sich in einer Situation sehen, ihre Perspektive zu legitimieren und „*sich dazu gedrängt [sehen, ihre] eigene (Wissens- bzw. Fach-), Kultur' offensiv zu verteidigen und ihre Überlegenheit gegenüber sozialwissenschaftlichen Herangehensweisen unter Beweis zu stellen*“ (Bogner & Menz, 2005, S.54).

In der vorliegenden Studie hat die berufliche (Primär-)Qualifikation der Interviewerin als Fachärztin für Frauenheilkunde sehr wahrscheinlich den Zugang zur Zielgruppe erleichtert. Ebenso können fachspezifisches Wissen und der Erfahrungshintergrund der Interviewerin durch jahrelange Berufstätigkeit im geburtsklinischen Versorgungssegment gewinnbringend sein für eine detaillierte Auswertung.

Es wurde zu Beginn der Interviews deutlich gemacht, dass die Interviewerin Fachwissen mit dem Erfahrungshintergrund krankenhausesärztliche Versorgung besitzt<sup>156</sup>, die ärztliche Krankenhaus-tätigkeit allerdings schon einige Jahre zurückliegt. Hierdurch sollte den Befragten verdeutlicht werden, dass sie ExpertInnen-Status für die aktuelle

---

<sup>155</sup> 2009 differenzieren Bogner und Menz diese Typologien in drei weiteren Kategorien „*als Autorität*“, „*als Komplize*“ und „*als potentieller Kritiker*“ (Bogner & Menz, 2009b, S.88). Diese weisen Überschneidungen mit den Rollen der Co-ExpertInnen und ExpertInnen auf bzw. bilden Unterkategorien davon.

<sup>156</sup> Die frauenärztliche Tätigkeit der Interviewerin erfolgte außerhalb der Erhebungsregion der Studie.

geburtsmedizinische Krankenhausversorgung besitzen und Erfahrungsvorsprung im konkreten Alltagskontext aufweisen. Somit sollte sichergestellt werden, dass dem Hintergrund der Handlungsorientierung der Befragten nicht per se die Begründungspflicht entzogen werden konnte und das Deutungswissen möglichst explizit werden kann. In Vorgesprächen zu den Interviews wurden ebenfalls der gesundheitswissenschaftliche Kontext der Studie sowie die weitere berufliche Qualifikation der Interviewerin als Gesundheitswissenschaftlerin deutlich gemacht, so dass sie gleichfalls als Expertin einer anderen Wissenskultur verstanden werden konnte.

Es können sich spezielle Problematiken in einem ExpertInneninterview ergeben, wenn InterviewerInnen als Co-ExpertInnen oder als ExpertInnen einer anderen Wissenskultur auftreten oder diesen Status von ihren GesprächspartnerInnen zugeschrieben bekommen. InterviewerInnen können als potentielle KrikerInnen angesehen werden und Befragte können sich unter Rechtfertigungszwang gestellt sehen, die Gesprächssituation kann somit von Misstrauen geprägt sein. Die InterviewerInnen können auch als VertreterInnen einer übergeordneten Institution aufgefasst werden, die Evaluation von Interventionen betreibt, an denen die Befragten beteiligt sind. Dies kann zu (inhaltlichen) Auswirkungen im Antwortverhalten und zu mangelnder Auskunftsbereitschaft führen (Leitner & Wroblewski, 2005, Bogner & Menz, 2005). Co-ExpertInnen kann die Rolle von KomplizInnen zugeschrieben werden. Unter Verweis auf geteilte Erfahrungen erhalten Co-ExpertInnen Zugang zu vertraulichen Erfahrungen, problematisch hierbei ist, dass in der Regel der Hintergrund der Handlungsorientierung weitgehend implizit bleibt (Meuser & Nagel, 2005, Bogner & Menz, 2005).

ExpertInneninterviews sind demzufolge im Hinblick auf Interaktionseffekte auszuwerten. Welche Rollenerwartungen und Kompetenzzuschreibungen beide AkteurInnen wechselseitig in die Gesprächssituation einbringen, muss im Auswertungsprozess berücksichtigt werden. Abels und Behrens (2005) stellen fest, dass insbesondere die Kategorie Geschlecht (v.a. in der Konstellation Experte – Interviewerin) Einfluss auf die Gesprächsverläufe von ExpertInneninterviews haben kann.

### **4.2.4 Genderaspekte im ExpertInneninterview**

In der Fachliteratur wird ein Mangel an systematischen und vergleichenden Untersuchungen über den Einfluss von Geschlecht in Interviews beklagt (Abels & Behrens, 2005; Littig, 2005). Zur Klärung der Frage, inwiefern die Kategorie (soziales) Geschlecht bei Anwendung von ExpertInneninterviews eine Rolle spielt, schlägt Littig (2005) vor, die drei Phasen Auswahl der Befragten, Interviewdurchführung und Auswertung zu betrachten:



Bei ExpertInnen (gemäß der bislang gängigen Definition) handelt es sich in der Regel um Personen, die in mittleren und höheren organisatorischen Ebenen und Führungspositionen von Institutionen und Unternehmen angesiedelt sind. Vor allem in höheren Führungsebenen ist eine Unterrepräsentanz von Frauen zu verzeichnen. Auch wenn sich in einem Sample die strukturelle Geschlechterhierarchie in Arbeitszusammenhängen widerspiegelt, weist Littig (2005) auf die Notwendigkeit ausgeglichener Geschlechterverteilung bei den Befragten hin, da erst die Möglichkeit für geschlechterspezifische Interpretation von Handlungs- und Deutungsmustern die Validität von Daten gewährleistet.

Abels und Behrens verweisen auf problematische Gesprächsverläufe bei ExpertInneninterviews, wie beispielsweise den „*Paternalismuseffekt*“ (Befragte demonstrieren herablassende Gutmütigkeit gegenüber dem Forschungsanliegen) oder den „*Katharsiseffekt*“ (Befragte nutzen die Interviewsituation um ihre berufliche und/oder private Unzufriedenheit zum Hauptthema zu machen und schweifen ab) (Abels & Behrens, 2005, S.182f). Die Autorinnen interpretieren diese Verhaltensweisen in der Konstellation befragter Experte und Interviewerin als Ausdruck klassischer Rollenstereotypen (z.B. Degradierung der Interviewerin zur verständnisvollen ZuhörerIn für private Sorgen), die auf entsprechenden Vorstellungen zu Geschlechterhierarchien basieren. Sie plädieren allerdings dafür, Effekte wie paternalistisches oder sich profilierendes Verhalten der Befragten (informations-)gewinnbringend zu nutzen: *„Frauen erhalten in den meisten Fällen mehr Rückmeldung, weil sie weniger bedrohlich wirken und über eine bessere kommunikative Kompetenz verfügen“* (Abels & Behrens, 2005, S.177)<sup>157</sup>.

Hingegen werden laut Littig (2005) in diesen Gesprächssituationen Geschlechterzugehörigkeiten überhaupt erst hervorgebracht, d.h. über „Doing Gender“-Handeln wird in konkreten Interaktionen soziale Institutionalisierung von (Zwei-)Geschlechtlichkeit hergestellt. Littig folgert daraus, dass Geschlecht die Hervorbringung von Interviewinhalten mitbestimmt und es nicht beliebig ist, ob das Interview in einem geschlechtshomogenen oder -heterogenen Setting stattfindet. Sie fordert, Interviews in unterschiedlichen geschlechtlichen Zusammensetzungen durchzuführen. Problematisch ist allerdings, bei der Auswertung spezifische Geschlechterkomponenten in Interaktionen von anderen Einflussfaktoren (z. B. Alter oder beruflicher Status) abzugrenzen. Littig (2005) schlägt zur Erhöhung der Sensibilität für geschlechtertypische Interaktionen bei der Interviewanalyse ein geschlechterheterogenes Auswertungsteam vor.

---

<sup>157</sup> Die von Abels und Behrens (2005) genannten Gesprächsverläufe sind keine Spezifika von ExpertInneninterviews, sie können prinzipiell in jedem Interview sowie in jedweder Kommunikation auftreten, aber eben auch in ExpertInneninterviews.

In der vorliegenden Untersuchung wurden alle Interviews von derselben Interviewerin durchgeführt, deshalb ist es wichtig im Auswertungsprozess mögliche Rollenzuschreibungen zu berücksichtigen. Die Auswertung der Interviews der vorliegenden Untersuchung wurde (zum Teil) in zwei Auswertungsgruppen vorgenommen, ein Team bestand allerdings nur aus Forscherinnen, so dass ein männlich sozialisierter Blickwinkel auf die Gesprächsverläufe nur teilweise in die Auswertung eingeflossen ist.

### **4.3 Der Forschungsprozess: Von der Samplebildung bis zur Auswertung**

Entsprechend der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit stellten FrauenärztInnen, die eine Tätigkeit in einer Geburtsklinik ausüben, die zu befragende Zielgruppe dar<sup>158</sup>. Im Erhebungszeitraum November 2007 bis Oktober 2008 existierten sieben Frauenkliniken mit einer geburtsmedizinischen Versorgungseinheit im Land Bremen. Erstaunlicherweise führte weder die Ärztekammer Bremen noch das Land Bremen zu diesem Zeitpunkt eine offizielle Statistik über die genaue Anzahl der klinisch tätigen FrauenärztInnen. Es erfolgte eine Telefon- und Internetrecherche, um Anzahl und Namen von ÄrztInnen in Bremer und Bremerhavener Geburtskliniken festzustellen. Auf diesem Weg konnten 101 klinisch tätige FrauenärztInnen ermittelt werden<sup>159</sup>.

Die Institution Krankenhaus weist in der Organisationsstruktur des ärztlichen Personals ausgeprägte Statusdifferenzen auf (vgl. Kapitel 3.3.1). Die ärztlichen Statusgruppen sind mit unterschiedlichen Entscheidungsfunktionen (und in der Regel mit unterschiedlich langer ärztlicher Berufserfahrung sowie unterschiedlichem Lebensalter) verknüpft. Es ist davon auszugehen, dass das ExpertInnenwissen der Befragten in den verschiedenen Dimensionen (auch) von diesem unterschiedlichen Erfahrungshintergrund geprägt ist. Dies ist insofern von Relevanz, da es um die Erhebung von Informationen und Einsichten in Prozesse geht, die einer immer schnelleren Wandlung unterliegen. Für das Forschungsinteresse sind demzufolge die spezifischen Handlungsabläufe, Interaktionsroutinen und die subjektiven Sichtweisen in unterschiedlichen Handlungsfeldern jeweiliger formaler Positionen in der Klinikhierarchie (und damit verknüpfter Machtstrukturen) von großer Bedeutung (Bogner & Menz,

---

<sup>158</sup> Die Untersuchung war im Rahmen eines Promotionsprojekts am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen angesiedelt. Demzufolge lag es nahe, aufgrund personeller, zeitlicher und finanziell begrenzter Ressourcen die Erhebungsregion auf den Stadtstaat Bremen zu begrenzen.

<sup>159</sup> Für zwei der sieben Geburtskliniken konnten nicht ausreichend Informationen über das frauenärztliche Personal gewonnen werden, so dass nicht alle zum Erhebungszeitpunkt in Frage kommenden InterviewpartnerInnen auch kontaktiert werden konnten. Zugleich bedeutet dies, dass eine exakte Grundgesamtheit der klinisch tätigen Frauenärztinnen im Land Bremen nicht ermittelt werden konnte.

2009b; Gläser & Laudel, 2009). Die Rekonstruktion sozialer Wirklichkeiten im Handlungssystem Geburtsklinik ist somit auch wesentlich von der Abbildung verschiedener ärztlicher Statusgruppen in der Samplestruktur abhängig.

Auf die Notwendigkeit einer paritätischen Geschlechterverteilung bei den Befragten, um die notwendige Berücksichtigung einer geschlechterspezifischen Interpretation von Handlungs- und Deutungsmustern zu gewährleisten (Bogner & Menz, 2009a; Littig, 2005), wurde bereits hingewiesen. Die Zunahme des Frauenanteils in der ärztlichen Profession über die letzten Jahrzehnte hat bei der Geschlechterverteilung klinisch tätiger FrauenärztInnen zu einem großen Wandel geführt. Mittlerweile sind in Deutschland mehr Frauen als Männer in diesem klinischen Versorgungssegment tätig, dennoch sind Frauen auf der chefärztlichen Leitungsebene immer noch unterrepräsentiert (Destatis, 2011; Kuhlmann & Larsen, 2009; vgl. Kapitel 3.3.1).

Zwar wurde für das Sample eine ausgewogene Geschlechterverteilung angestrebt, eine vertikale Geschlechterungleichheit war dennoch nicht überraschend. So hatte beispielsweise im Erhebungszeitraum von den sieben Kliniken nur eine Frau eine chefärztliche Leitungsfunktion inne. Unter den gegebenen Voraussetzungen wurde zu Anfang des Promotionsprojekts eine Samplestruktur angestrebt, die Tabelle 8 zu entnehmen ist.

Tabelle 8:

Angestrebte Zusammensetzung des Samples (n=19)<sup>160</sup>.

	ChefärztInnen	OberärztInnen	FachärztInnen	AssistenzärztInnen
Anzahl Frauen	1	3	2	3
Anzahl Männer	2	3	2	3
Gesamt	3	6	4	6

Im Oktober 2007 wurden 101 FrauenärztInnen per Brief über die geplante Studie informiert und gebeten an einem Interview teilzunehmen. Dem Schreiben wurde eine Fax-Rückantwort beigelegt, auf der die ÄrztInnen einer Interviewteilnahme per Ankreuzmöglichkeit zustimmen oder diese ablehnen konnten. Das Interesse an der Studienteilnahme fiel zunächst zögerlich aus<sup>161</sup>. Nach einer zweiten schriftlichen Kon-

<sup>160</sup> Als FachärztInnen werden vereinfacht AssistenzärztInnen mit Gebietsbezeichnung (mit absolvierter fachärztlicher Prüfung) aufgeführt, welche aber keine oberärztliche Funktion inne hatten. Selbstverständlich hatten ChefärztInnen und OberärztInnen auch fachärztlichen Status. Die als AssistenzärztInnen benannten FrauenärztInnen hatten die fachärztliche Prüfung noch nicht abgelegt.

<sup>161</sup> Den befragten ÄrztInnen konnte für ihre Interviewteilnahme aufgrund der begrenzten finanziellen Ressourcen des Promotionsprojekts keine Aufwandsentschädigung angeboten werden. Dies stellt eine mögliche Erklärung für die relativ geringe Interviewbereitschaft dar.

taktaufnahme im Januar 2008 betrug der Rücklauf insgesamt 21 Faxantworten (13 Frauen, 8 Männer). 18 FrauenärztInnen (13 Frauen, 5 Männer) erklärten sich zur Teilnahme an einem Interview bereit, die restlichen Antworten (3 Männer) waren ablehnend. Der Kontakt zu den InterviewpartnerInnen für das weitere Vorgehen wurde telefonisch aufgenommen.

Die Zusammensetzung des Samples bei Abschluss der Erhebungsphase (Oktober 2008) ist in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9:

Zusammensetzung des Samples nach Abschluss der Erhebungsphase (n=18):

	ChefärztInnen	OberärztInnen	FachärztInnen	AssistenzärztInnen
Anzahl Frauen	0	5	4	4
Anzahl Männer	3	2	0	0
Gesamt	3	7	4	4

Die angestrebte Samplestruktur konnte nicht vollständig umgesetzt werden, dennoch wurde – trotz geringem Rücklauf – nur ein Interview weniger durchgeführt als zunächst geplant. Bei Betrachtung der Entscheidungshierarchien weicht die Zusammensetzung der Befragten auch nicht wesentlich vom angestrebten Sample ab. Letztlich wurden 10 FrauenärztInnen mit chef- oder oberärztlicher Leitungsfunktion (geplant 9) und 8 FrauenärztInnen mit assistenzärztlichem Status (geplant 10) interviewt.

Eindeutig nicht verwirklicht werden konnte eine ausgewogene Geschlechterverteilung, es stand kein Mann als Interviewpartner mit assistenzärztlichem Status zur Verfügung. Dies lässt sich zwar durch eine Frauendominanz auf assistenzärztlichen Positionen erklären (vgl. Kapitel 3.3.1), im Hinblick auf die Forschungsabsicht einer geschlechtersensiblen Konstruktion von sozialen Wirklichkeiten ist dies jedoch als Schwäche der Studie anzusehen. Indes ist bei Befragten in Leitungsfunktionen ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis (5 Frauen und 5 Männer) festzustellen, allerdings bei einem klaren „Überhang“ von Chefärzten<sup>162</sup>.

In der Vorbereitungsphase für die Interviewdurchführung erfolgte die Entwicklung eines Interview-Leitfadens. Nach Meuser und Nagel (2005) dient diese Phase ForscherInnen zur intensiven inhaltlichen Vorbereitung und einer an der Forschungs-

---

<sup>162</sup> Aus forschungsethischem Blickwinkel sei auf die Problematik verwiesen, dass – aufgrund der überschaubaren Zielgruppe – sich die explizite Auswertungsdarstellung eines Interviews mit der einzigen Chefärztin zur Gewährung der Anonymität verbieten hätte und dieses Interview allenfalls als Hintergrundwissen hätte einfließen können.

frage orientierten thematischen Strukturierung relevanter Themenbereiche. Die somit vorgenommene thematische Konzentration stellt gleichsam eine Strukturierung der Datenerhebung dar und ermöglicht die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Interviews. Die leitfadenorientierte Gesprächsführung beinhaltet ebenso die Möglichkeit, ein ExpertInneninterview offen und unbürokratisch zu gestalten. Methodisch handelt es sich um einen teilstrukturierten, halboffenen Interviewleitfaden, der genügend Spielraum ermöglicht, in Interviewsituationen neue Fragen oder Themen einzubeziehen und damit die Sichtweisen der Befragten eher zur Geltung kommen lässt als in standardisierten Interviews oder Fragebögen (Meuser & Nagel, 2005; Flick, 2005a; Bortz & Döring, 2002; Mayring, 2002).

Der Interviewleitfaden (vgl. Anlage) beginnt mit einer narrativ-themenfokussierten Eingangsfrage. (Biographische) Erzählimpulse in den Leitfaden zu integrieren entsprach dem zugrundeliegenden Verständnis dieses Forschungsdesigns (vgl. Kapitel 4.2.1). In ihrem überarbeiteten Artikel von 2009 gelangen Meuser und Nagel zur Überzeugung, dass narrative Passagen in ExpertInneninterviews *„(...) sich durchaus als Schlüsselstellen für die Rekonstruktion von handlungsleitenden Orientierungen [erweisen]“* und schlussfolgern: *„Methodisch gewendet heißt dies, durch die Interviewführung Narrationen herauszufordern“* (Meuser & Nagel, 2009, S.53). Hierzu können auch die im Interviewverlauf gestellten Nachfragen zu Beispielen aus dem geburtsmedizinischen Klinikalltag gezählt werden.

Thematisch wurde der Leitfaden in drei Schwerpunkte<sup>163</sup> gegliedert:

1. Fragen zur Einschätzung der Entwicklung der Kaiserschnittraten
2. Fragen zu Erfahrungen mit der Wahl der Entbindungsart „Wunschkaiserschnitt“ im geburtsklinischen Versorgungsalltag (Fragen zu ärztlichen Handlungsebenen, Fragen zur Wahrnehmung der Nutzerinnen, Fragen zur sektoren-übergreifenden Versorgungsstruktur)
3. Fragen zur Positionierung zum „Wunschkaiserschnitt“ und zu Wünschen für den geburtsklinischen Berufsalltag (Fragen zur professionellen Positionierung, Fragen zur persönlichen Positionierung, „Visionäre Fragen“).

Weiterhin wurde ein standardisierter Kurzfragebogen entwickelt, im Anschluss an die Interviews erfolgte damit die Erfassung von soziodemographischen Daten der Interviewten sowie von einigen Angaben zur jeweiligen Geburtsklinik (vgl. Anlage).

---

<sup>163</sup> Für die einzelnen inhaltlichen Schwerpunkte wurden mehrere Fragen formuliert, die dem Gesprächsverlauf folgend und nicht als zwingendes Ablaufmodell gehandhabt wurden.

Im November 2007 begann der Erhebungsprozess, Ort und Zeitpunkt der Interviewdurchführung wurden den Wünschen der GesprächspartnerInnen angepasst. 14 Interviews fanden in den jeweiligen Dienstzimmern der ÄrztInnen in den Geburtskliniken in einer Mittagspause oder nach Beendigung der Arbeitszeit statt. Die vier weiteren Interviews erfolgten bei InterviewpartnerInnen zuhause (2), am Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen (1) und in einem Restaurant (1). Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 39 Minuten (Spannbreite: 15 - 75 min).

Vor Interviewbeginn wurden die ÄrztInnen um schriftliche Zustimmung zur Protokollierung durch Bandaufnahme gebeten. Zudem erhielten die Befragten eine schriftliche Zusicherung, dass ihre Angaben anonymisiert werden und die Interviewaufzeichnung nach Beendigung der Untersuchung gelöscht wird. Alle InterviewpartnerInnen stimmten der Aufnahme des Interviews zu. Direkt nach den Interviews wurde ein erster Eindruck der Interviewerin zu GesprächspartnerInnen und -situation protokolliert<sup>164</sup>.

### 4.4 Auswertungsverfahren

Meuser und Nagel (2005) schlagen für Auswertungsprozesse von ExpertInneninterviews ein Sechs-Schritte-Modell<sup>165</sup> vor, das flexibel an Untersuchungsbedingungen angepasst werden kann. Das Auswertungsmodell ist als Strategie zur Entdeckung von thematischen Einheiten anzusehen und orientiert sich – in Abgrenzung zur beispielsweise Auswertung von biographischen Interviews – nicht an der Sequenzialität von Äußerungen im Interviewverlauf. Demzufolge sind bei der Auswertung von Experteninterviews keine Einzelfallanalysen anzufertigen: *„Das Ziel ist vielmehr, im Vergleich mit den anderen ExpertInnentexten das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten, Aussagen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster zu treffen“* (Meuser & Nagel, 2005, S.80). Die Vergleichbarkeit der Texte sehen Meuser und Nagel gewährleistet einerseits durch die leitfadenorientierte Interviewführung und andererseits durch den gemeinsam geteilten *„Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen“* (Meuser & Nagel, 2005, S.81). Zentrales Merkmal des Auswertungsprozesses ist die Zusammenfassung wesentlicher Inhalte des Interviewmaterials durch Reduktion und Abstraktion.

---

<sup>164</sup> Abels und Behrens (2009) weisen darauf hin, dass sich subjektive Postskripta in der Auswertungsphase als bedeutsam für eine ergänzende Reflexion der Datenerhebung zeigen.

<sup>165</sup> Die sechs Auswertungsschritte umfassen Transkription, Paraphrasierung, Erstellen von textnahen Überschriften, thematischer Vergleich der einzelnen Interviews, soziologische Konzeptualisierung (Darstellung von Kategorien auf einer wissenschaftlichen Abstraktionsebene) und theoretische Generalisierung (Herstellung des Bezugs zu wissenschaftlichen Theorien) (Meuser & Nagel, 2005).

Der Auswertungsprozess dieser Untersuchung lehnt sich stark an das von Meuser und Nagel (2005) vorgeschlagene Modell an:

Zur Interpretation wurden die Interviews durch vollständige wortgenaue Transkription der gesamten Gesprächsaufzeichnungen verschriftlicht (mit Anonymisierung entsprechender Daten), auf ein aufwändiges Notationssystem für Pausen, Stimmlagen oder anderer parasprachlicher Elemente wurde verzichtet. Danach erfolgte die Paraphrasierung, hierbei wurden die Inhalte zusammengefasst. Dies führte zur ersten inhaltlichen Reduktion des Materials durch Verdichtung. Anschließend wurden textnahe Überschriften der paraphrasierten Texteinheiten formuliert. Dabei wurde die Terminologie der Interviewten aufgegriffen sowie mehrere Paraphrasen zu einer Überschrift zusammengefasst. Der nächste Schritt beinhaltete den thematischen Vergleich der einzelnen Interviews. Es wurden vergleichbare Textpassagen in den anderen Interviews gesucht, um diese dann mit einer erneuten Überschrift zu vereinheitlichen. Zu diesem Zweck dienten weiterhin textnahe Kategorien. Im Vordergrund standen dabei typische Erfahrungen, Beobachtungen, Interpretationen und Positionen. Meuser und Nagel sehen darin einen zentralen Auswertungsschritt für das Auffinden von Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie eine „*Systematisierung von Relevanzen, Typisierungen, Verallgemeinerungen, Deutungsmustern*“ (Meuser & Nagel 2005, S.88). Schließlich wurden die Kategorien nicht mehr mit textnahen, sondern mit wissenschaftlichen Beschreibungen versehen, um auf dieser Basis Rückschlüsse, neue Interpretationen und Sinnzusammenhänge erlangen zu können.

Der Auswertungsprozess wurde noch während der Erhebungsphase begonnen. Die Auswertung der Interviews erfolgte sowohl in Einzel- als auch (ergänzend) in Gruppenarbeit. Die Gruppeninterpretationen wurden in zwei unterschiedlichen Teams<sup>166</sup> durchgeführt. Insgesamt wurden zentrale Textpassagen aus zwölf Interviews in Interpretationsgruppen vorgestellt und ausgewertet. Die vertiefende Auswertung und die Interpretation der restlichen Interviews fanden in Einzelarbeit statt.

### 4.5 Methodenkritische Reflexion

Eine kritische Reflexion der angewandten Methode einer Untersuchung stellt sowohl für qualitative als auch quantitative Forschung ein wesentliches Qualitätskriterium dar, da somit eine Voraussetzung für Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und der daraus gezogenen Schlussfolgerungen geschaffen wird (Flick, 2005a; Bortz &

---

<sup>166</sup> Die Auswertung erfolgte in zwei interdisziplinär zusammengesetzten Interpretationsgruppen, die als Promotionskolloquium und Forschungswerkstatt an der Universität Bremen angesiedelt waren.

Döring, 2002). Flick (2005a) versteht unter Reliabilität<sup>167</sup> in qualitativer Forschung die Transparenz des Zustandekommens von Daten und der Vorgehensweise der Auswertung. Damit sollen einerseits die Grenze zwischen Aussagen der jeweilig befragten Subjekte und Beginn der Interpretation der ForscherInnen überprüfbar sowie andererseits bestehende Limitierungen der Aussagekraft durch die jeweils gewählte Methode ersichtlich werden.

Die Gegenstandsangemessenheit der Methode ExpertInneninterview für die gewählte Fragestellung wurde bereits aufgezeigt. Die Aussagefähigkeit des angewandten methodischen Vorgehens unterliegt jedoch auch einigen Einschränkungen:

Die Präsenz der interviewenden Person in dieser Form der Datenerhebung ist eine Einflussgröße, das soziale Umfeld der Interviewerin wird mehr oder weniger in die Interviewsituation einfließen, die Interaktion zwischen beiden AkteurInnen wird immer auch von nonverbalen Faktoren geprägt<sup>168</sup>.

Das Formulieren von Fragen, die auf bestimmte Themenkomplexe zielen, kann zu einer Verzerrung führen. Schon durch das Erstellen eines Interviewleitfadens mit einer Kategorienbildung liegt eine Gewichtung von (möglichen) Inhalten vor<sup>169</sup> (Bortz & Döring, 2002).

Weiterhin hat die Vorauswahl der Befragten einen Einfluss auf die Ergebnisse. Personen, die sich für eine Studienteilnahme entscheiden, wird eine größere Offenheit für das entsprechende Thema zugeschrieben. Dieser Selektionsmechanismus hat Auswirkung auf die Studienergebnisse (Bortz & Döring, 2002).

Als Schwäche dieser Untersuchung ist die Samplezusammensetzung der Befragten hervorzuheben, in dieser konnte eine ausgewogene Geschlechterverteilung nicht erreicht werden, speziell konnte kein Assistenzarzt für ein Interview gewonnen werden. Im Hinblick auf die Forschungsabsicht einer geschlechtersensiblen Rekonstruktion von sozialen Wirklichkeiten im Handlungssystem Geburtsklinik liegt somit eine Einschränkung vor. Dennoch ist dem vorliegenden Forschungsdesign die Relevanz von Geschlechterkategorien bei der Durchführung von ExpertInneninterviews inhärent.

---

<sup>167</sup> Hierbei geht es nicht um ein Reliabilitätsverständnis, das auf der beliebig häufigen Wiederholbarkeit von Untersuchungen basiert, die zur Erhebung derselben Daten führen.

<sup>168</sup> Dies wurde schon im Abschnitt „Die Rolle(n) der Interviewerin und mögliche Problematiken“ dargestellt.

<sup>169</sup> Wissenschaftliche Studien sind insofern allerdings nie vollkommen wertfrei, da durch die Auswahl der Forschungsfragen bestimmten Bereichen eine besondere Wichtigkeit zugesprochen wird (Mruck & Breuer, 2003). Winter betont diesbezüglich sogar: „Die Unmöglichkeit von Objektivität verleiht zudem jeder Forschung einen politischen Charakter“ (Winter, 2009, [21]).



Im Auswertungsprozess von Interviews kann es zur Bestätigungsbias kommen, wenn Textpassagen, die den Erwartungen der ForscherInnen entsprechen, stärker bei der Interpretation der Interviews berücksichtigt oder hervorgehoben werden als gegen-teilige Befunde. Flick plädiert demzufolge für „*die Einbeziehung der untersuchten Subjekte*“ durch „*die Einführung einer kommunikativen Validierung in einem zweiten Termin nach dem Interview und seiner Transkription*“ (2005a, S.325). Durch Einholen der inhaltlichen Zustimmung der Befragten zu ihren Aussagen sieht der Autor die Einlösung des Anspruches gewährleistet, subjektive Daten auch tatsächlich in ihrer Subjektivität zu erfassen. Dies ist durchaus erstrebenswert, überschreitet jedoch den Rahmen dieser Untersuchung als Promotionsprojekt.

Die Interviewauswertung erfolgte zu einem großen Teil in zwei Teams von mehreren ForscherInnen mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund (Gesundheitswissen-schaft, Medizin, Pädagogik, Pflegewissenschaft, Psychologie, Soziologie, Sozial-arbeitswissenschaft) um eine intersubjektive Überprüfung der Ergebnisse zu gewähr-leisten und einer Bestätigungsbias entgegen zu wirken. Bortz und Döring (2002) nennen dies konsensuelle Validierung oder interpersonale Konsensbildung: „*Können sich mehrere Personen auf die Glaubwürdigkeit und den Bedeutungsgehalt des Mate-rials einigen, gilt dies als Indiz für seine Validität.*“ (Bortz & Döring, 2002, S.328). Aus forschungskritischer Perspektive bleibt aber die grundsätzliche Einschränkung be- stehen, dass Textpassagen, die (auch) in der Interpretation in einem Forschungsteam unklar bleiben, Gefahr laufen, weniger Beachtung in der Ergebnispräsentation zu finden.

Der hier gewählte Forschungsansatz ist – trotz der genannten Einschränkungen – das methodische Vorgehen, das den größten Zugang zu den subjektiven Sichtweisen und den sozialen Wirklichkeiten der befragten klinisch tätigen FrauenärztInnen verspricht; demzufolge ist er der Forschungsfrage methodisch angemessen.

Angesichts der im Theorieteil dieser Arbeit vorgenommenen kritischen Betrachtung der Entwicklung und Wirkmächtigkeit eines ärztlichen geburtsmedizinischen Expert-Innentums sowie vor dem Hintergrund des in diesem Kapitel skizzierten Diskurses um den Wandel in der Wissenskultur erscheint es an dieser Stelle ebenso bedeutsam, innerhalb dieses Kontextes über die Angemessenheit des Erhebungsinstruments ExpertInneninterview zu reflektieren. Beispielhaft sei hier nochmals auf die Medikali-sierungsstrategien hinsichtlich weiblicher Reproduktionsgesundheit verwiesen, die Kolip (2000) treffend auf den Machtmissbrauch eines Definitionsmonopols der ge-burtsmedizinischen Profession zurückführt. In Anbetracht des in dieser Untersuchung angewandten Erhebungsinstruments kann durchaus kritisch diskutiert werden, ob das gewählte methodische Design nicht auf einer unkritischen Übernahme des Konstrukts von professionellen Funktionseliten basiert und damit letztlich zu einer Bestätigung

von (Definitions-)Macht und sozialen Hierarchien beiträgt (Bogner & Menz 2009b; 2005).

Ziel des Forschungsvorhabens ist Entscheidungsprozesse und Entscheidungskontextualitäten für einen „Wunschkaiserschnitt“ näher zu beleuchten und nachvollziehen zu können. Einen Beitrag dazu kann die genauere Betrachtung der professionellen AkteurInnenebene leisten. Gerade weil die Entbindungsart „Wunschkaiserschnitt“ (auch) als ein Ergebnis von Definitionsmacht und Medikalisierung betrachtet werden kann, bietet das Erhebungsinstrument ExpertInneninterview die Möglichkeit, das Aushandeln von geburtsmedizinischer Expertise im Hinblick auf die gewählte Forschungsfrage zu analysieren.

Voraussetzung dafür ist ein Verständnis von ExpertInnen und ExpertInnenwissen, das auf einem sozialen Konstruktionsprozess dieser Begriffe basiert: Die anhaltende gesellschaftliche Praxis von „*Expertokratisierung*“ (Bogner & Menz, 2009, S.40) zeichnet sich dadurch aus, dass ExpertInnen über ihren institutionalisierten Status die Legitimation zugeschrieben bekommen, weitere Konstruktion von Wirklichkeit(en) zu vollziehen. Qua dieses ExpertInnenwissens können Handlungsoptionen von weiteren AkteurInnen geprägt werden und die derart festgelegten professionellen Expertisen besitzen die Möglichkeit hegemonialer Wirkmächtigkeit in dem relevanten Funktionskontext (Bogner & Menz, 2009b).

Expertisen liegen aber nicht nur Wissens- sondern auch Wertebezüge zugrunde. Auch bei klinikärztlichen Entscheidungen für „Wunschkaiserschnitte“ ist davon auszugehen, dass jenseits geburtsmedizinisch-technischer Problemverengung auf postpartale Outcome-Parameter (vgl. Kapitel 2) weitere (soziale) Wirklichkeiten große Relevanz aufweisen. Im Zentrum der gewählten Methodik und der nachfolgenden Ergebnispräsentation steht demzufolge die Rekonstruktion latenter Bedeutungsgehalte oder – anders ausgedrückt – die Betrachtung von (sozialen) Einflussfaktoren auf die Ausübung von Wissen bei klinisch tätigen GeburtsmedizinerInnen im Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“.

## 5. ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG

Grundlage für die Ergebnispräsentation bilden 18 ExpertInneninterviews mit klinisch tätigen FrauenärztInnen in Bremen und Bremerhaven. Es sei nochmals betont, dass im Zentrum der Auswertung subjektive Sichtweisen der Interviewten auf das Erleben von Interaktionen mit Schwangeren stehen, die den Wunsch nach Entbindung per Kaiserschnitt formulieren. Aussagen über die Umsetzung in konkretes Handeln im geburtsklinischen Versorgungsalltag können aus Äußerungen der ärztlichen Professionellen nur bedingt interpretativ abgeleitet werden<sup>170</sup>. Die aufgeführten Interviewzitate sollen einerseits die Subjektivität der Aussagen aufzeigen sowie andererseits zur Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Auswertungsanalyse beitragen. Der Zitatauswahl liegt ferner die Absicht zugrunde, möglichst viele Aussagen unterschiedlicher InterviewpartnerInnen und unterschiedlicher Auffassungen darzustellen, um die Pluralität sozialer Wirklichkeiten abzubilden.

Die Präsentation der Interpretationsergebnisse erfolgt in Anlehnung an die konkretisierten Forschungsfragen (vgl. Kapitel 4.1) in fünf Abschnitten:

Begonnen wird mit einer Darstellung der ärztlichen Einschätzungen der im klinischen Versorgungsalltag erlebten Entwicklung von Kaiserschnittraten, ein wesentlicher Fokus liegt auf den Ausführungen der Befragten zu ihrer Wahrnehmung und Einordnung des „Wunschkaiserschnitts“ in die Gesamtentwicklung der Kaiserschnittraten.

Anschließend werden die von den Befragten angeführten eigenen Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess für oder gegen einen Kaiserschnitt auf Wunsch betrachtet.

Im dritten Abschnitt stehen ärztliche Erfahrungen aus dem geburtsklinischen Versorgungsalltag im Mittelpunkt, die als relevante Einflussgrößen – jenseits der mittelbar beteiligten AkteurInnen – in diesem Entscheidungsprozess wahrgenommen werden.

Viertens erfolgt eine Erörterung der von Interviewten genannten (Problem-)Lösungsstrategien bei Entscheidungsfindungen und fünftens werden die grundsätzlichen, professionellen Positionierungen der FrauenärztInnen für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ in den Blick genommen.

Einleitend erfolgt eine Beschreibung einiger relevanter Eckdaten des Samples und der Geburtskliniken, in welchen die befragten FrauenärztInnen tätig waren.

---

<sup>170</sup> Für konkrete Schlussfolgerungen diesbezüglich müssen teilnehmende Beobachtungen erfolgen.

## 5.1 Einige Daten zum Profil des Samples

Die Geburtenanzahl der Kliniken, in denen die InterviewpartnerInnen arbeiteten, bewegte sich (laut den Befragten) in einem Bereich von 700 bis 1600 pro Jahr, die Kaiserschnittraten wurden mit 23% bis 33% angegeben. Mit einer Ausnahme hatten alle Geburtskliniken eine Schwangerensprechstunde vor Ort.

Es wurden Interviews mit 13 Frauenärztinnen und fünf Frauenärzten durchgeführt (vgl. Kapitel 4.3). Die InterviewpartnerInnen waren zwischen 31 und (+/-) 60 Jahre<sup>171</sup> alt, bei geschlechtergetrennter Betrachtung der Altersangaben zeigen sich Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Befragten. Durchschnittlich waren Frauenärztinnen mit 39,5 Jahren knapp zehn Jahre jünger als ihre Kollegen.

Zum Erhebungszeitpunkt waren die Befragten zwischen zwei bis (zirka) 30 Jahre<sup>172</sup> in Geburtskliniken tätig, entsprechend der Altersunterschiede ergeben sich Unterschiede bei geschlechtergetrennter Betrachtung der Tätigkeitsdauer. Ärzte waren durchschnittlich 11,2 Jahre länger in der klinischen Geburtsmedizin tätig als ihre Kolleginnen.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei den Altersangaben und Zeiten der Klinik­tätigkeit erklären sich aus der Zusammensetzung des Samples. In den Kategorien fach- und assistenzärztlicher Status konnte kein Mann als Interviewpartner gewonnen werden (vgl. Kapitel 4.3), in diesen Statusgruppen befindet sich in der Regel die jüngere ÄrztInnengeneration mit geringeren Zeiten von ärztlicher Berufstätigkeit. Bei alleiniger Betrachtung der Frauenärztinnen in (oberärztlichen) Leitungsfunktionen nehmen die Unterschiede zu den Männern des Samples, die allesamt eine Oberarzt- oder Chefarztstelle inne hatten, ab. Bei einem Durchschnittsalter von 43,6 Jahren wiesen die Oberärztinnen eine mittlere Klinik­tätigkeit von 15,1 Jahren auf.

Drei der befragten Frauenärztinnen arbeiteten auf einer Teilzeitstelle, die restlichen Befragten waren Vollzeit in den Kliniken tätig. Weitere Angaben zu den Geburtskliniken und ÄrztInnen, die durch einen Kurzfragebogen nach den Interviews erhoben wurden, flossen im Sinne von Hintergrundwissen in die Auswertung ein. Eine genauere Darstellung dieser Angaben würde nicht mehr die Anonymität der interviewten FrauenärztInnen gewährleisten.

---

<sup>171</sup> Zur Wahrung der Anonymität erfolgt diese Angabe nur näherungsweise.

<sup>172</sup> Gleiches gilt für diese Angabe.

## 5.2 Klinikärztliche Einschätzungen zur Entwicklung von Kaiserschnittraten

Angesichts der sich verändernden Gesamtkaiserschnitttrate und zugleich zunehmender Präsenz des Themas „Wunschkaiserschnitt“ werden im ersten Auswertungsabschnitt Aussagen der FrauenärztInnen zur (erlebten) Entwicklung von Kaiserschnittraten und ihre Deutungen zu deren Ursächlichkeit betrachtet. Dem liegt die Absicht zugrunde, aus unterschiedlichen subjektiven Wahrnehmungen und Einordnungen beider Phänomene Erkenntnisse für ein genaueres Verständnis klinikärztlicher Entscheidungen für einen „Wunschkaiserschnitt“ zu erlangen.

### 5.2.1 Anstieg der Kaiserschnittraten

Die Beschreibung und Einschätzung der Entwicklung von Kaiserschnittraten ist bei den Interviewten von der Dauer ihrer geburtsklinischen Tätigkeit abhängig. Kürzere Zeiten ärztlicher Berufstätigkeit spiegeln sich in Aussagen der assistenzärztlichen Statusgruppe dergestalt wider, dass für diese Ärztinnen der derzeitige Klinikalltag mit Kaiserschnittraten um die 30 Prozent der einzige ihnen bekannte Versorgungsstandard ist, sie können auf keine vergleichenden Berufserfahrungen zurückgreifen.

*„Ja, das Problem ist natürlich, dass ich es eigentlich nur so kenne, wie es jetzt ist“ (I16, AÄ, Z.66-67).*

Die Assistenzärztinnen wissen zwar um steigende Kaiserschnittraten der jüngeren Vergangenheit, dieses Wissen wurde allerdings nicht in universitärer oder klinischer Aus- und Weiterbildung erworben. Eine Assistenzärztin betont, dass ihre Informationen dazu aus Presseberichten stammen.

*„Na, also ich glaube mehr Kaiserschnitte, das würde ich sagen, hab ich jetzt gar nicht erlebt (...). Also diese [steigende] Tendenz, weil ich kenne das eigentlich mehr so aus der Presse und weniger aus der eigenen Erfahrung, würde ich sagen“ (I6, AÄ, Z.27-38).*

Eine der Interviewten beschreibt die eigenständige Recherche in der klinikinternen Entbindungsstatistik zusammen mit einer assistenzärztlichen Kollegin im Zuge ihrer Vorbereitung auf das Interview folgendermaßen:

*„Ja, die Steigerung ist erschreckend. Wir haben, ja, vorgestern haben wir die Statistik angeguckt, 96 waren es 16 Prozent und jetzt sind es 26 Prozent“ (I5, AÄ, Z.55-57).*

Hierbei wird deutlich, dass bei den Assistenzärztinnen in ihrer geburtsmedizinischen Ausbildung Thematisieren oder Problematisieren von steigenden Kaiserschnittraten bislang nicht erfolgte. Dieses ist umso erstaunlicher, da deren ärztliche KollegInnen, die auf längere geburtsklinische Tätigkeiten zurückblicken, die Entwicklung von steigenden Kaiserschnittraten miterlebt haben und darüber ausführlich berichten.

*„Also, es hat sich unheimlich viel verändert. Es geht los bei den Liegezeiten. Als ich anfang vor fünfzehn Jahren, mussten die Frauen zwei Wochen nach dem Kaiserschnitt im Krankenhaus bleiben. Jetzt gehen sie nach drei, manchmal vier Tagen, ist die Regel. Die Rate hat sich tierisch erhöht. Als ich anfang war das ein großer, ja, ein Vorsatz unseres Chefs damals, dass die Sectionate nicht über zwölf Prozent steigt, je weniger desto besser. So wurde das auch im Haus charakterisiert, je niedriger die Kaiserschnitttrate desto besser die Geburtshilfe. Inzwischen sind die bei uns auch bei, ich glaube, achtundzwanzig, dreiunddreißig Prozent Kaiserschnitttrate“ (I13, FÄ, Z.38-44).*

In diesem Zitat bezeichnet eine Fachärztin die Steigerung der Kaiserschnittraten als massiv. Gleichzeitig benennt die Interviewte mit dieser Entwicklung einhergehende, starke Veränderungen im klinischen Versorgungsalltag – als Beispiel führt sie die stationäre Verweildauer nach Schnittentbindung an – und beschreibt die Abkehr vom vormals gültigen Grundsatz, dass eine niedrige Kaiserschnitttrate als Ausdruck qualitativ hochwertiger Geburtsmedizin zu werten ist.

Diese von ÄrztInnen mit länger bestehender Gebietsbezeichnung erlebte Zäsur im geburtsklinischen Versorgungsalltag wird übereinstimmend in den 1990er Jahren verortet, eine Oberärztin stellt die Entwicklung der Sectionaten vor dem Hintergrund ihrer Klinik­tätigkeit wie folgt dar:

*„So angefangen, was ich weiß, im ersten Jahr, 1990, hatten wir in A-Stadt mit 1200 Entbindungen eine Sectionate von 9 %, 9,3 %. Wir sind jetzt hier aktuell bei etwa 23 %, in B-Stadt sind es trotz des Risikokollektivs auch nur 30 %, wundert mich auch immer, ist aber so. Und das ist natürlich ein steiler Weg nach oben. Der hat also so gerade eingesetzt, der so, dieser Run in den zweiten Neunzigern, da in dem, da ging das los. Also, so 91, 92 hielt sich das alles noch so, und dann ging es steil nach oben“ (I11, OÄ, Z.53-60).*

Bei Beschreibung und Einschätzung der Entwicklung von Kaiserschnittraten fällt auf, dass speziell Interviewten, die eine Leitungsfunktion inne haben, einen flächen­deckenden Wandel dieser klinischen Entbindungspraxis betonen. Es wird auf Vergleichsdaten weiterer Geburtskliniken in Bremen oder anderen Städten verwiesen, um die klinikeigene hohe Sectiofrequenz einzuordnen oder zu relativieren.

*„Ja, gut, ich fing hier an mit einer Kaiserschnitttrate von, ich weiß nicht mehr genau, 14 oder 15 Prozent. Jetzt sind wir, ich weiß nicht genau, so tendenziell zwischen 25 und 30 Prozent schätze ich. Das ist aber auch in allen Bremer Kliniken so, (...), also da nehmen sich alle Bremer Kliniken nichts“ (I4, OA, Z.28-35).*

Eine genauere Analyse steigender Kaiserschnittraten findet sich in folgender Aussage eines Chefarztes:

*„Und dass wir heute sehr viel primär sektionieren, was wesentlich günstiger, muss man schon sagen, ist als die sekundären Sektionen. Aus dem Geburtsverlauf raus ist es nach wie vor problematischer“ (I1, CA, Z.275-277).*

Die Steigerung der gesamten Kaiserschnitttrate wird auf die zunehmende Durchführung primärer Schnittentbindungen zurückgeführt, gleichzeitig deutet der Interviewte an, dass diese Entwicklung mit verbessertem mütterlichen und kindlichen „Outcome“ nach elektiver – im Vergleich zu sekundärer – Sectio einhergeht. Aus seiner Sicht sind steigende Kaiserschnittraten Ausdruck einer neuen Entwicklung in der Geburtsgeschichte. Welche Begründungen und Erklärungen die Interviewten mit dieser Entwicklung in Verbindung bringen, wird im nächsten Abschnitt in den Blick genommen.

### **5.2.2 Erklärungen für steigende Kaiserschnittraten**

Ein zentrales Thema, das die Interviewten bei der Frage nach Ursachen für steigende Kaiserschnittraten aufgreifen, ist die grundlegende Veränderung der Risikobewertung der operativen Schnittentbindung. Die aktuell geringere Risikobewertung basiert vor allem auf veränderten Operations- und Narkosetechniken, welchen ein verbessertes mütterliches und kindliches Outcome zugeschrieben wird.

*„Ich glaube, schon viele Faktoren gibt es, vor allem Medizin hat sich geändert und Möglichkeiten in der Medizin. Das ist Anästhesiologieentwicklung, das ist nicht wie in den fünfziger oder sechziger Jahren, das sieht schon anders aus. Ist viel sicherer die Narkose. Was vorher Angst bereitete, war die Narkose. (...) Dann sehr wahrscheinlich Operationstechnik, Nahtmaterial, hier ist auch riesige Entwicklung zu sehen, wie man operiert“ (I10, FÄ, Z.59-68).*

Ärztliche Akzeptanz der Entbindung durch (elektiven) Kaiserschnitt wird primär mit medizinischem Fortschritt begründet. Als Indikator hierfür wird auf die sinkende Mortalität bei diesem Eingriff verwiesen:

*„Und wie gesagt, also der Kaiserschnitt als solcher, also die Kaiserschnittoperation als solche, hat ihre beängstigende Bedeutung weitgehend verloren. Die Mortalität gleicht nahezu der normalen Geburt, die Morbidität kann man heute sehr gut beherrschen durch Fortschritte in der operativen Therapie, operativen Techniken, Nahtmaterialien, Infusionstherapie, Blutersatz. Von daher, also man kann heute den Kaiserschnitt als Operation muss man oder sieht man nicht mehr so gefährlich wie vor 50 Jahren“ (I3, CA, Z.57-65).*

Beide Befragte vergleichen heutige Operations- und Narkosetechniken mit medizintechnischen Rahmenbedingungen vor einem halben Jahrhundert und kommen zu dem Schluss, dass mit den aktuellen medizintechnischen Möglichkeiten eine Schnittentbindung als ein „Routineeingriff“ zu werten sei, dem aus ihrer Sicht nichts Beängstigendes mehr anzuhaften scheint. Ferner setzt der zitierte Chefarzt den Parameter Mortalität bei Sectio in Relation zur Mortalität bei Spontangeburt; durch die geringe Differenz beider Werte scheinen Kaiserschnitt und Spontangeburt in dieser Hinsicht für ihn als gleichwertige Entbindungsarten zu gelten. Einschränkend nimmt er Bezug auf den Outcome-Parameter Morbidität. Zumindest implizit ist seiner Aussage zu entnehmen, dass diesbezüglich der Geburtsmodus Sectio zwar mit höherem Morbiditätsrisiko einhergeht. Dies scheint für ihn jedoch vernachlässigbar, da medizinischer Fortschritt – mit Weiterentwicklungen in Transfusions- und parenteralen Therapien – dies auch beherrschbar mache.

Steigende Kaiserschnittraten werden in kausalen Zusammenhang mit medizinischem Fortschritt gesetzt, ein verändertes ärztliches Handeln resultiert aus einer sich demzufolge veränderten Risikobewertung der Kaiserschnittoperation. Auffallend sind die wechselnden Bezugspunkte für die angestellten Risikovergleiche: Der Vergleich zwischen den operationstechnischen Möglichkeiten vor 50 Jahren und den heutigen Rahmenbedingungen, über den Vergleich zwischen primären und sekundären Kaiserschnitten, bis hin zum Vergleich Schnitt- und Spontanentbindung.

Das Erklärungsmuster „Verbesserte Gesundheit für Mutter und Kind bei Kaiserschnitt durch medizinischen Fortschritt“ bewirkt nicht nur zunehmende Akzeptanz für diese Entbindungspraxis bei ärztlichen Professionellen. Ein Oberarzt mutmaßt, dass auch die öffentliche Wahrnehmung durch diese Begründungsmuster beeinflusst wird:

*„Dann, dass die durch diese neuen Techniken und neuen Materialien, dass sie eben nach zwei Tagen wieder fit sind und nicht wie früher acht bis zehn Tage gelegen haben. Das denke ich schon, weil das spricht sich schon rum“ (I2, OA, Z.29-32).*



Breite Öffentlichkeitswirkung scheinen insbesondere Short-term-Outcomes zu besitzen. Im Vordergrund der Wahrnehmung von Nutzerinnen des geburtsmedizinischen Versorgungssystems steht aus Sicht des Interviewten die schnellere postoperative Mobilisierung nach Kaiserschnitt, die mit einer verkürzten stationären Verweildauer in Verbindung gebracht wird. Auf die Bedeutung des „operativen Labelings“ für die Risikowahrnehmung von Nutzerinnen weist eine Assistenzärztin hin:

*„Und auch zu sagen, die sanfte Methode, die wir heute haben, Misgav Ladach, wobei die so sanft überhaupt nicht ausschaut, eigentlich wenn man dabei ist. Das ist bestimmt auch so eins, wo man denkt, ja“ (I6, AÄ, Z.52-54).*

Die Interviewte reflektiert über die Bezeichnung der Misgav-Ladach-Operationstechnik als „Sanfter Kaiserschnitt“. Aus ihrem Blickwinkel ist dies eine sprachliche Verharmlosung, die sich mit ihrer klinischen Erfahrung als Operationsassistentin nicht in Einklang bringen lässt. Die Ärztin führt im weiteren Verlauf des Interviews aus, dass dieser Begriff ihrer Ansicht nach dazu beiträgt, Risikowahrnehmung und Risikobewertung eines Kaiserschnitts bei Nutzerinnen zu beeinflussen und diese operative Intervention im Sinne eines „Fortschritts der modernen Medizin“ zu interpretieren. Zudem sieht sie einen Zusammenhang zwischen veränderten Narkosetechniken bei Sectio und zunehmender Akzeptanz der Operation bei den Nutzerinnen. Die bei primären Schnittentbindungen meist angewandte Spinalanästhesie scheint ihrer Auffassung nach den Eindruck von Harmlosigkeit des Eingriffes bei Nutzerinnen zu unterstützen, da diese während des Kaiserschnitts bei Bewusstsein bleiben können.

*„Auch mehr Vertrauen würde ich sagen in die Operation oder in die Chirurgie, das bestimmt auch. Und auch so das, ach, heute, da sind die ja so modern, und das klappt ja alles wunderbar. Dann Spinalanästhesie, also viele haben ja auch Angst vor einer Operation und dass sie nicht wieder aufwachen. Und die Spinalanästhesie, die die haben, das ist ja gar nicht mehr an sich der Punkt“ (I6, AÄ, Z.91-97).*

Der zunehmende technische Fortschritt wird von der Ärztin in seiner Außendarstellung kritisch hinterfragt, aus ihrer Sicht wird damit ein Bild maximaler Kontrollierbarkeit von Risiken verbunden, das bei Nutzerinnen „Vertrauen“ (I6, AÄ, Z.91) in eine verstärkt interventionsorientierte Geburtsmedizin erzeugt.

Als weitere Begründung für steigende Kaiserschnitttraten nennen die Befragten ein verändertes Risikoprofil der Schwangeren, insbesondere werden steigendes maternales Alter, vermehrt auftretende Makrosomie und stetige mütterliche Gewichtszunahme sowie eine allgemein höhere Krankheitslast beschrieben. Diese Faktoren

führen zur Bezeichnung Risikoschwangerschaft, welche wiederum die Risikobewertung bei klinikärztlichen Entscheidungen für Geburtsmodi beeinflusst.

*„Dann hat es auch natürlich etwas damit zu tun, indem man heutzutage natürlich auch viele Krankheiten viel besser diagnostizieren kann, also Krankheiten, reelle Krankheiten in der Schwangerschaft, bei denen Mutter und Kind gefährdet sind. Wo man wirklich dann sagt, es hat keinen Zweck, wir müssen da also primär schon einen Kaiserschnitt machen, bevor wir überhaupt die Gefahr der Geburt da eingehen für Mutter und Kind. Das spielt auch eine Rolle“ (I18, CA, Z.102-110).*

Die wahrgenommene Veränderung des Risikoprofils scheint ein verändertes ärztliches Handeln zu bedingen, so resultiert beispielsweise für den vorab zitierten Chefarzt aus der zunehmenden Prävalenz von Erkrankungen in der Schwangerschaft die vermehrte Durchführung primärer Kaiserschnittoperationen. Allerdings beschreibt er interessanterweise die Zunahme der Krankheitslast primär als Folge zunehmenden Einsatzes von verbesserter pränataler Diagnostik und Technisierung. Die Wahrnehmung einer immer größer werdenden Population chronisch kranker Schwangerer wird demnach durch medizintechnische Fortschritte in der Diagnostik erst ermöglicht. Auf ein insgesamt steigendes maternales Alter – insbesondere bei Erstgebärenden – wird in folgender Aussage zwar hingewiesen, aus Sicht der zitierten Oberärztin besteht jedoch kein medizinisch-biologischer Zusammenhang zwischen mütterlichem Lebensalter und steigenden Kaiserschnitttraten. Eine Kausalität wird von ihr vielmehr mit verstärktem ärztlichen Sicherheitsdenken oder privatem Versicherungsstatus der Schwangeren hergestellt.

*„Das Risikoklientel, weiß ich nicht so, ja, natürlich hat sich das verändert, natürlich sind die Frauen älter geworden, wir erleben nicht selten Erstgebärende über 40. Wobei die natürlich biologisch deutlich besser drauf sind als die, als so manche Mittdreißigerin. Und aber man denen oftmals natürlich, weil man sich denkt, na ja, es ist das erste, es wird vielleicht das einzige Kind bleiben, vielleicht eher zu einer primären Sektio, gerade auch denen, wie soll ich sagen, das sind ja tatsächlich auch die privat Versicherten“ (I8, OÄ, Z.97-105).*

Sehr eindringlich wird von einer Oberärztin der Eindruck geschildert, wie im Laufe ihrer klinischen Tätigkeit die Inzidenz von makrosomen Kindern und mütterlicher Adipositas zugenommen hat. Die Interviewte betont, dass sie mütterliche Adipositas als ein schichtunspezifisches Problem wahrnimmt:

*„Und dann bis hin zu so normalen Sachen wie halt Gestationsdiabetes, ein superdickes Kind und möglicherweise, denke ich, auch so eine Fettauskleidung*

*des Beckens, wo dann so ein Kind einfach nicht durchpasst. Also da spielen mehrere Faktoren eine Rolle, aber das, denke ich, ist schon was, was deutlich zugenommen hat, also was sich so am Klientel am meisten geändert hat in den letzten zwanzig Jahren, dass es wirklich unheimlich viele dicke Frauen gibt. Und zwar eben nicht nur die armen Frauen, die viel zitierten, sondern es geht bis rein in die gutbürgerlichen Schichten, dass es immer mehr Frauen gibt, die also auch massiv übergewichtig sind. Ich rede jetzt nicht von der Frau, die mit achtzig Kilo in die Schwangerschaft geht und sich die ganze Zeit ins Hemd macht, weil sie zehn Kilo zunimmt, sondern von der Frau, die mit 120 Kilo anfängt und mit 150 Kilo ihr Kind kriegt. Und das sind Frauen, die haben definitiv mehr Probleme“ (I7, OÄ, Z.249-264).*

Eine andere Oberärztin weist zudem darauf hin, dass mütterliche Adipositas nunmehr verstärkt in einer jüngeren Schwangerenpopulation auftritt. Die wahrgenommene Risikoprofiländerung beschränkt sich somit also nicht nur auf eine Kategorie von „älteren, kränkeren Erstgebärenden“.

*„Und diese Sachen so 5.300 und hoch in den Viertausendern, das ist nicht mehr die Rarität, das ist nicht mehr die Ausnahme. Das wird die Regel. Das ist eben auch so insgesamt, die jungen, sehr jungen Frauen mit dieser erheblichen Adipositas, finde ich, sind prozentual jetzt wesentlich höher als noch vor fünfzehn Jahren“ (I11, OÄ, Z.128-133).*

Das nächste angeführte Beispiel eines zunehmenden Risikofaktors im Kollektiv der Schwangeren korreliert zwar „naturgemäß“ mit höherem Lebensalter der Frauen, wird aber von der zitierten Fachärztin ebenfalls nicht mit altersbiologischen Gründen in Zusammenhang gebracht: Mit der Zunahme von Sterilitätsbehandlungen (IVF oder ICSI) wird wiederum eine steigende Anzahl von entsprechend bezeichneten Risikoschwangerschaften verbunden. Das steigende Risiko hierbei per Kaiserschnitt entbunden zu werden, führt die Interviewte nicht auf medizinische Ursachen zurück, sondern auf ein hohes Sicherheitsbedürfnis – gerade bei diesen Schwangerschaften – im Hinblick auf den Geburtsmodus.

*„Wenn eine IVF-Schwangerschaft gleich eine Risikoschwangerschaft ist okay, dann würde man sagen, steigt natürlich die Rate, oder die der ICSI-Kinder. Und natürlich ist es auch so, eine Frau, die mit 38 oder 39 das erste Mal schwanger ist, womöglich nach einer künstlichen Befruchtung oder irgendwelcher Hormonbehandlung, das muss man, das merke ich ja auch, da wird man ja auch immer subjektiver, dass man da nicht mehr so objektiv ist, wenn es dann so ein bisschen*

*kritisch wird, zu sagen, och komm, das schaffen wir noch. Und da ist man, glaube ich, immer weniger bereit, Risiken in Kauf zu nehmen“ (I9, FÄ, Z.80-90).*

Ein ärztliches Sicherheitsbedürfnis wird beschrieben, die Risikobewertung von ÄrztInnen bei Entscheidungen für eine Entbindungsart nach Sterilitätsbehandlung scheint davon geprägt zu sein, den „Erfolg“ vorangegangener Interventionen nicht gefährden zu wollen.

Eine weitere der genannten Ursachen für steigende Kaiserschnittraten ist ebenfalls auf vorangegangene medizinische Interventionen zurückzuführen: Ein Kaiserschnitt zur Beendigung einer vorausgegangenen Schwangerschaft bedingt eine höhere Risikoeinschätzung der Folgeschwangerschaft.

*„Also was ich häufiger erlebe, (...), es gibt ja auch viele Frauen, die eine primäre Resektio bekommen, weil die beim ersten Kind eine sekundäre Sektio bekommen haben“ (I6, AÄ, Z.259-262).*

Eine Assistenzärztin verweist als Begründung für eine erneute Schnittentbindung auf einen vorangegangenen, sekundären Kaiserschnitt. Offen bleibt jedoch, ob ein erhöhtes Risiko für eine Uterusruptur vermindert werden soll oder der Fokus auf (mutmaßliche) Vermeidung eines (erneuten) negativen Geburtserlebnisses gesetzt wird.

Ferner werden potentiell befürchtete Beckenbodenverletzungen durch vaginale Geburten und deren längerfristige Folgen im Zusammenhang mit steigenden Kaiserschnittraten genannt. Eine Oberärztin erlebt dies allerdings vorrangig als einen Fachdiskurs innerhalb der geburtsmedizinischen Profession.

*„Ich meine gut, die ganze Beckenbodenthematik spielt natürlich auch eine gewisse Rolle, aber da habe ich eher das Gefühl, dass das eher in unserer Berufsgruppe thematisiert wird, dass man eben den Kaiserschnitt machen sollte, um den Beckenboden zu schonen oder so“ (I14, OÄ, Z.193-198).*

Allen letztgenannten Ursachen gemeinsam erscheint die Verbindung zwischen veränderter Risikobewertung von Schwangerschaften beziehungsweise der verschiedenen Entbindungsarten und ein starkes ärztliches Sicherheitsdenken. Als weiterer Beleg für diesen Zusammenhang kann der Hinweis auf den derzeitigen „Standard-Geburtsmodus“ Kaiserschnitt bei Beckenendlage des Kindes gedeutet werden.

*„Dass, also ja, solche Sachen die früher noch manchmal gemacht wurden, dass eine Zweit- oder eine Drittgebärende Beckenendlage dann vaginal entbinden*

*durfte, das war dann [in den 1990er Jahren; Anm. d. Verf.] ganz out eigentlich schon“ (I7, OÄ, Z.77-80).*

Implizit schwingt in den genannten Beispielen der Einzug defensiv-medizinischen Denkens und Handelns in der Geburtsmedizin mit. Befürchtungen vor juristischen Konsequenzen als Ursache für vermehrte Durchführung von Kaiserschnittoperationen werden an anderen Stellen der Interviews auch deutlich ausgesprochen.

*„Ich denke, das ist einfach die gesamte rechtliche Problematik, die zunimmt. Und da ist es, dass die Geburtshelfer immer weniger bereit sind. Ich sag mal so, früher war es so, ich kenne das ja noch, ich hab ja, ist ja lange her, dass ich angefangen habe, damals war es wirklich so, selbst wenn unter der Geburt beim vorschreitenden Befund eine Frau gesagt hat, ich will jetzt einen Kaiserschnitt, macht einen Kaiserschnitt, da sind die Geburtshelfer in der Regel nicht drauf eingegangen. Wir haben immer versucht, die Frau dann zu beruhigen, es geht schon, und mit ihr gearbeitet. Wenn heute unter der Geburt eine Frau zu mir sagt, ich will sofort einen Kaiserschnitt, und ich mache das nicht, und dann passiert hinterher irgendwas, dann ist es immer so, dass man dann mit dem Rücken zur Wand steht“ (I17, FÄ, Z.214-226).*

Die zitierte Fachärztin verdeutlicht, wie sich ihr handlungsleitendes Denken im Laufe ihrer Kreiẞsaaltätigkeit aufgrund zunehmender Befürchtungen vor rechtlichen Konsequenzen verändert hat. Dieses Beispiel illustriert die verstärkte Bereitschaft, sich für einen sekundären Kaiserschnitt – insbesondere wenn die Gebärende danach verlangt – zu entscheiden. Ein Chefarzt weist auf haftungsrechtliche Folgen möglicher Geburtskomplikationen bei großen Kindern hin und führt dies als Entscheidungsgrund für primäre Sectiones bei der (Verdachts-)Diagnose Makrosomie an:

*„Es zeichnete sich aber auch da [in den 1990er Jahren; Anm. d. Verf.] schon langsam ab, dass vor allen Dingen die forensische Seite zunehmend ganz klar dort natürlich eine Rolle gespielt hat. Die ersten Schadensfälle waren auch bekannt für bestimmte Dinge, Schulterdystoskie ist immer ganz beliebt, das führt fast immer zu einem Haftpflichtprozess zumindest“ (I1, CA, Z.83-87).*

Forensischer Einfluss wird als zunehmend bedrohliche Entwicklung erlebt, diese scheint für die folgend zitierte Oberärztin jedoch eher auf der Antizipation juristischer Konsequenzen zu beruhen als auf konkreten eigenen Erfahrungswerten.

*„Man ist ja umgeben von Juristen, die haben von Medizin in aller Regel null Ahnung, ja? Und das ist so. Und wenn man die Literatur dann da durchguckt und*

*sich den Frauenarzt durchliest oder den Gynäkologen mit den entsprechenden Sachen ist das klar, oder eine Fortbildung besucht, und da wird erzählt, machen Sie das, das, das, das, das, und wegen einer Sectio ist noch keiner angeklagt worden, aber weil er keine gemacht hat oder zu spät“ (I11, OÄ, Z.443-450).*

Die Interviewte beschreibt ein Gefühl des „Ausgeliefert-Seins“ aufgrund (möglicher) juristischer Bewertung ihrer klinischen Tätigkeit, bei der – so die geäußerte Befürchtung – ihre fachärztlichen Fähigkeiten und Entscheidungskompetenzen eine untergeordnete Rolle zu spielen scheinen. Diese Wahrnehmung führt letztlich zu einer Auffassung, sich mit der Entscheidung für eine Entbindung per Kaiserschnitt generell rechtlich absichern zu können.

Die – auch von derartigem forensischen Einfluss geprägten – heutigen geburtsklinischen Weiterbildungsbedingungen stellen für Interviewte eine weitere Erklärung für die verstärkte Durchführung von Kaiserschnittoperationen dar. Im folgenden Zitat werden mangelnde geburtsmedizinische Kompetenzen der jüngeren ÄrztInnengeneration beklagt. Neben der kaum noch vorhandenen Möglichkeit der nachfolgenden ärztlichen Generation vaginal-operative Entbindungsverfahren kennenzulernen und zu erlernen, verdeutlicht diese Aussage, wie stark Sicherheitsdenken auch das assistenzärztliche Handeln im Kreißsaal beeinflusst. Dies wird von einer Fachärztin mit der Verantwortungsabgabe bei Beurteilung von Kardiotokographien illustriert, welches sie letztendlich als Unfähigkeit bewertet.

*„Es ist natürlich für die Geburtshilfe auch ganz bitter. Weil die jungen Kollegen können viele Dinge in der Geburtshilfe nicht mehr. (...) Die schreien natürlich noch viel eher nach einem Kaiserschnitt, wenn die nachts alleine im Dienst sind. Also die Nichtfachärzte, das heißt, die sind nicht mehr in der Lage, vernünftig MBU's zu machen oder einfach auch mal Geduld zu haben abzuwarten, oder auch mal ein schlechtes CTG sich eine halbe Stunde anzugucken und dann eben durch MBU's abzusichern, ganz zu schweigen von Zangen oder VE's<sup>173</sup> alleine zu ziehen. Ich denke, je weniger da die Sicherheit ist, desto mehr wird auch die Sectionate dann später steigen, weil wenn ein Facharzt es nicht mehr beherrscht, dann kann er natürlich nur noch Kaiserschnitt anbieten“ (I13, FÄ, Z.639-653).*

Bei einer fachärztliche Ausbildung mit Fokus auf operativen Interventionen scheinen konservative geburtsmedizinische Kompetenzen immer mehr in den Hintergrund zu treten. Ärztliches Handeln, das auf abwartendem Beobachten eines Geburtsverlaufes basiert, wird offenbar mit dem heutigen geburtsklinischen Versorgungsalltag als nicht

---

<sup>173</sup> Vakuumentraktion (vaginal-operative Entbindung durch Saugglocke)

vereinbar erlebt. Eine Generation von GeburtsmedizinerInnen, die über keine klinische Erfahrung von interventionsarmen Geburtsverläufen verfügt, wird in einem Versorgungssystem, das mehr und mehr von Sicherheitsdenken und Befürchtungen vor rechtlichen Konsequenzen geprägt wird, auch zunehmend Entscheidungen für Schnittentbindungen treffen, so kann die Einschätzung der geburtsklinischen Weiterbildungssituation einer Oberärztin zusammengefasst werden. Ferner gibt die Interviewte zu Bedenken, dass neben klinischer Erfahrung auch das Ausmaß der jeweiligen Arbeitsbelastung ärztliche Entscheidungen im Kreißsaal beeinflussen kann.

*„Oder eben aus, in manchen Situationen aus oft mangelnder geburtshilflicher Erfahrung Entscheidungen getroffen werden, die andere vielleicht anders treffen würden. Und diese Abwägung finde ich auch persönlich für mich, die ich nun schon eine längere geburtshilfliche Erfahrung habe, als sehr schwer, weil jeder Geburtsverlauf anders ist. Aber ich denke, eine große klinische Erfahrung ist eben wichtig und auch eine gewisse Risikobereitschaft. Die unterschiedlich ist, das weiß ich aus meiner eigenen Erfahrung. Die damit zusammenhängt natürlich auch, wie die Kreißsaalsituation ist, wie die Arbeitsbelastung selbst ist, wie man selber gerade, ich will nicht sagen die Nerven hat, aber die Bereitschaft hat, Geburtsverläufe eben auch entsprechend zu begleiten“ (I15, OÄ, Z.406-419).*

Geburtsbeendigung per Sectio wird von ärztlichen Professionellen bei starker beruflicher Beanspruchung als entlastende Intervention erlebt und auch entsprechend eingesetzt. Speziell in Situationen mit hoher Arbeitsintensität und starker psychischer Belastung wird beobachtendes und abwartendes ärztliches Verhalten als riskant beurteilt. Interventionsorientiertes Handeln wird hingegen als adäquate Handlungsstrategie – ohne (zu befürchtende) nachfolgende Sanktionen – erlebt:

*„Auch in Zeiten, wo man eben sehr viel arbeitet, und die Nerven sehr angespannt sind, entscheidet man sich auch schneller für einen Kaiserschnitt, als wenn man entspannt ist und ja, mit Ruhe da hingehen kann“ (I14, OÄ, Z.540-543).*

Deutlich beschreibt ein Chefarzt den Zusammenhang zwischen steigender Arbeitsverdichtung und -belastung aufgrund mangelnder Personalbesetzung und deren Einfluss auf ärztlich-geburtsmedizinische Entscheidungen. Zudem betont er, dass der Hinweis auf diese Begründungszusammenhänge (politisch) nicht erwünscht sei:

*„Und was auch wichtig ist, das darf man nicht vergessen, die Personalknappheit führt auch zu Entscheidungen in der Geburtshilfe, da wag ich mich jetzt sehr weit raus, da werden einige Kollegen, führt zu Entscheidungen in der Geburtshilfe, die*

*wenn man nicht so gestresst ist, Personal hätte, vielleicht anders ausfallen. Bin ich ganz sicher. Aber das will natürlich niemand hören“ (I18, CA, Z.468-474).*

In Verbindung mit strukturellen Auswirkungen auf ärztliche Entscheidungsprozesse werden von Befragten auch wirtschaftliche Aspekte in Zusammenhang mit einer erhöhten Sectiofrequenz gebracht. Die Wettbewerbssituation unter den Geburtskliniken wird als gewichtiger Einflussfaktor wahrgenommen:

*„Es gibt da auch eine gewisse Konkurrenz innerhalb der Kliniken, muss man ganz klar sehen. Auch ökonomische Dinge, die einfach im Vordergrund stehen. Eine Klinik hat da überhaupt keinen Anreiz, ihre Kaiserschnitttrate niedrig zu halten“ (I7, OÄ, Z.330-334).*

Eine höhere Vergütung von Kaiserschnittoperationen im Vergleich zu anderen Entbindungsarten im derzeitigen pauschalisierten Entgeltsystem wird von einer Fachärztin jedoch nicht als entscheidungsrelevant wahrgenommen. Ihrer Meinung nach ist eine höhere Vergütung durch den größeren Personalaufwand bei Kaiserschnitt gerechtfertigt; dennoch mutmaßt sie, dass diese Finanzierungsart grundsätzlich Auswirkungen auf die Entbindungspraxis in stationärer Versorgung haben kann.

*„Ich muss sagen, wir haben, also ich habe nie erlebt, dass das Geld, was wir als Klinik oder als Ärzte in der Klinik erwirtschaften, unter der Geburt eine Rolle in der Geburtshilfe spielt, zum Glück. Wäre ich auch sehr entsetzt, muss ich ganz ehrlich sagen. Dass das vielleicht bei einigen im Hinterkopf ist, ist nicht von der Hand zu weisen. Es wird ja schon über Pauschalen vergütet, und natürlich sind beim Kaiserschnitt auch mehr Fachabteilungen involviert, die ja auch irgendwo bezahlt werden müssen“ (I9, FÄ, Z.530-537).*

Die Aussage einer Oberärztin scheint zu bestätigen, dass weniger die wirtschaftliche Rentabilität einzelner Kaiserschnittoperationen als der grundsätzliche Wettbewerb geburtsmedizinischer Versorgungseinheiten um klinikeigene Geburtenraten im Vordergrund zu stehen scheint:

*„Ja, also, es ging ja dann, wann war denn das so zeitlich, muss noch vor meinem Facharzt gewesen sein, vielleicht so 2001 oder so was vom Gefühl her, 2002 so in dem Dreh, dass dann eben der Kaiserschnitt auf Wunsch dann Thema wurde. Und das wurde dann natürlich auch von dem Chef aufgegriffen, wenn die Frauen das wollen, dass wir das natürlich machen, um auch mehr Geburten also Patientinnen dann oder Frauen anzuziehen“ (I14, OÄ, Z.70-76).*



Diese Beschreibung der Veränderung des angebotenen Leistungsspektrums der entsprechenden Geburtsklinik – kurz nach der Jahrtausendwende wird der Kaiserschnitt auf Wunsch auf chefärztliche Anweisung als stationäre „Serviceleistung“ eingeführt – kann als ein Resultat des Verdrängungswettbewerbs unter den Geburtskliniken verstanden werden. Als Begründung wird die Nachfrage nach Kaiserschnitt durch die Nutzerinnen der geburtsmedizinischen Versorgung angeführt und um diese nicht an konkurrierende Geburtskliniken zu verlieren, musste das vorhandene Leistungsspektrum „dem Markt angepasst“ werden. Es ist davon auszugehen, dass dieser veränderten Versorgungspraxis auch eine allgemein verstärkte Akzeptanz von geburtsmedizinischer Versorgung mit Kaiserschnitt zugrunde liegt.

Des Weiteren geht diese Entwicklung vermehrt mit Vorstellungen und Bildern von Nachfragenden einer geburtsmedizinischen Krankenhausversorgung einher, die die interviewten FrauenärztInnen als ein zunehmend prägendes Element in Entscheidungen für Geburtsmodi wahrnehmen und als Ursache(n) für steigende Kaiserschnittraten anführen. Die Erklärungsmuster weisen zwar eine große Spannweite auf; gemeinsam ist den folgend aufgeführten Zitaten dennoch, dass mittlerweile Nutzerinnen mit einem stark einflussnehmenden Handeln im Entscheidungsprozess für eine Entbindungsart wahrgenommen werden.

*„Ich hab damals angefangen zu einer Zeit, wo dann auch mancher Kaiserschnitt vielleicht auch medizinisch bedingt früher hätte gemacht werden können, Schrägstrich, sollen. Ja, so wie es damals war, war es, glaube ich, in manchen Fällen auch nicht optimal im Sinne des Patienten oder der Patientin. Heute hat sich das Ganze umgekehrt, da spielt meiner Meinung nach sehr viel Zeitgeist auch eine Rolle, den leichten Weg zu wählen. Ja, viele Prominente machen das vor, und das ist momentan der Trend, gegen den man sich auch schlecht wehren kann“ (I4, OA, Z.41-50).*

Ein Oberarzt beschreibt, wie sich für ihn im Laufe seiner geburtsklinischen Tätigkeit der Wandel des Einflusses von Nutzerinnen bei Entscheidungen für Kaiserschnittoperationen darstellt. Eine zunehmende Autonomie der Schwangeren bei der Wahl für eine Entbindungsart wird auf die mediale Vorbildfunktion Prominenter zurückgeführt und als Resultat medialer Darstellungen verstanden, die die Schnittentbindung in der Öffentlichkeit als schmerz- und risikoarmen Standardgeburtsmodus präsentieren. Eine Haltung von Nutzerinnen, die von Sicherheits- und Anspruchsdenken geprägt ist, schildert eine Assistenzärztin. Die Interviewte bringt dies ebenfalls in Verbindung mit der Öffentlichkeitswirksamkeit von Berichten über Kaiserschnittgeburten von Prominenten.

*„Ich muss es andersrum aufziehen, also ich würde sagen dass, also ich habe manchmal so das Gefühl, dass dieses Management der Schwangerschaft von der Konzeption bis zur, bis zum ersten Zahn so ungefähr, dazu führt, dass die Frauen halt so ein Idealbild vor Augen haben, und dann kommen die mit so einem Anspruch, so. Und so wie man dann hört, ich weiß ja gar nicht, ob das stimmt, aber dass die ganzen Stars sich auch Kaiserschnitte machen lassen weil, und dann gleich eine Bauchdeckenplastik<sup>174</sup> dazu und, und, und. So möchte man das halt auch ohne Schmerzen, ohne so, das gehört eben zu diesem schönen Management dazu, irgendwie“ (I5, AÄ, Z.87-97).*

Das veränderte Denken und Handeln von Nutzerinnen wird als Folge eines medial entworfenen Bildes einer modernen Geburtsmedizin, die Risiken kontrollieren kann, verstanden. Die daraus folgenden (Interaktions-)Situationen erlebt eine Fachärztin als zunehmend schwieriger. Aufgrund der ihr entgegen gebrachten Erwartungs- und Anspruchshaltung der Schwangeren auf ein gesundes Kind nimmt sich die Interviewte mehr und mehr als ausführende Dienstleistende wahr:

*„Es gibt so einen Anspruch auf das geplante, gesunde, perfekte Kind. (...) Das perfekte Kind ist geplant, ist gewünscht, und da soll möglichst nichts passieren. Und wenn was passiert, ja dann, ne? Und das ist einfach, denke ich, die Situation, in der der Geburtshelfer sich heute befindet, und das wird immer schwieriger“ (I17, FÄ, Z.230-242).*

Eine hohe Informationsdichte – insbesondere bei Nutzerinnen mit höherem Bildungsabschluss – führt sogar nach Ansicht eines Chefarztes zu einer hohen Wahrscheinlichkeit, dass deren Schwangerschaft per Kaiserschnitt beendet wird. Seine klinische Erfahrung mündet in der Überzeugung, dass die gut informierte, mündige Nutzerin der geburtsmedizinischen Krankenhausversorgung dem physiologischen Geburtsverlauf im Wege steht. (Fach-)Information und Wissen von Nutzerinnen – über ein bestimmtes (nicht näher definiertes) Maß hinaus – werden von dem Interviewten als risiko- und komplikationsbehaftet erlebt.

*„Und wir erleben, das ist jetzt ein bisschen, ja, da ist jetzt überhaupt, wissenschaftlich überhaupt nicht untermauert, aber einfach im Alltag, je weniger eine Frau über diese Sache nachdenkt, je unkomplizierter sie sich gibt, desto einfacher kommt sie zum Erfolg und hat eine normale Geburt. Häufig ist es wirklich bei Frauen, die sich super Gedanken machen, sich überall informiert haben, vielleicht*

---

<sup>174</sup> Abdominalplastik (so genannte Bauchdeckenstraffung, operative Entfernung von „überschüssigem“ Haut- und Unterhautfettgewebe im Bauchbereich)

*auch akademisch vorgebildet sind, dass es dann doch unter der Geburt zu Verspannungen kommt, die wir auch nicht vermögen zu lösen, das schaffen wir einfach nicht“ (I18, CA, Z.88-97).*

Vor dem Hintergrund einer Fülle an Informationsmöglichkeiten zu den verschiedenen Entbindungsarten vermutet eine Oberärztin, dass damit gleichzeitig ein „Zutrauen“ (I11, OÄ, Z.105) der Schwangeren in die eigene Physis und Psyche während des Geburtsprozesses verloren geht. Beispielhaft werden unter dem Label „Karrierefrauen“ (I11, OÄ, Z.107) wiederum Frauen mit höherem Bildungsabschluss angeführt, die für sie den Prototyp einer Nutzerin mit Angst vor Spontangeburt darstellen.

*„Und auch dieses fehlende Selbstbewusstsein, das ist eigentlich auch eine Sache die. Na vielleicht Selbstbewusstsein ist auch vielleicht, ist der falsche Ausdruck jetzt, dieses Zutrauen zu sich selber, dass viele Frauen sagen, ich traue mir das nicht zu, ja? Und auch gerade Karrierefrauen, die sagen, nee, Entbindung traue ich mir nicht zu“ (I11, OÄ, Z.102-107).*

Die in diesen Einlassungen vertretenen, stark zu hinterfragenden Frauenbilder stehen in offensichtlichen Widerspruch zu dem ansonsten viel zitierten Begriff von „Mündigen Nutzerinnen des Gesundheitssystems“. Über mögliche Auswirkungen eines normativen Konstrukts der „Mündigen Nutzerin“ auf Schwangere macht sich eine Oberärztin Gedanken:

*„Ich denke, es ist auch ein unheimlicher Druck da, selbständig zu entscheiden. Also früher konnte man sich ja zum Beispiel auch guten Gewissens in die Hände eines väterlichen Frauenarztes begeben, der einem gesagt hat, wo es lang geht. Und heutzutage wird die mündige Patientin verlangt, die also schon bevor sie den ersten Ultraschall hat, irgendeinen Aufklärungsbogen unterschreibt. Und letztlich die Forderung, immer informiert zu sein, was ja in der Medizin sehr oft mit Pseudoinformiertheit bedingt, weil man ja seinem Arzt einfach nicht gleichberechtigt gegenübersteht“ (I7, OÄ, Z.150-159).*

Für die Befragte ist es vorstellbar, dass eine normative Verpflichtung von Schwangeren zu aktueller Informiertheit und verantwortungsbewusstem (Mit-)Entscheiden zu großem Entscheidungs- und Handlungsdruck auf Seiten der Nutzerinnen führen kann. Gleichzeitig gibt die Ärztin zu bedenken, dass immer eine Informationsasymmetrie zwischen Nutzerinnen und ärztlichen Professionellen bestehen bleibt, den Schwangeren nunmehr als (vermeintlich) mündigen Nutzerinnen die Option der Verantwortungsabgabe an ÄrztInnen quasi verwehrt wird. Inwieweit diese Ausführungen als Plädoyer für eine von Paternalismus geprägte medizinische Ver-

sorgung verstanden werden können, bleibt offen. Jedoch kann festgehalten werden, dass im Kontakt mit informierten Schwangeren, insbesondere mit höheren Bildungsabschlüssen, ärztliches Risikoerleben sich als stark ausgeprägt darstellt.

Mit Blick auf die Aussage einer anderen Oberärztin wird eine weitere wechselseitige Beeinflussung der AkteurInnen in der Entscheidung für eine Schnittentbindung deutlich. In folgendem Zitat wird dies anhand einer Entscheidung für einen sekundären Kaiserschnitt illustriert. Die Befragte beschreibt eine Haltung bei Schwangeren, die vorrangig von Sicherheitsdenken und zögerlichem Einlassen auf eine vaginale Geburt geprägt ist. Bei einem sich protrahiert gestaltenden Geburtsverlauf, der an sich keine medizinische Notwendigkeit für einen sekundären Kaiserschnitt darstellt, führt die Grundhaltung der Nutzerin in Verbindung mit der Forderung nach Beendigung der Geburt durch Sectio bei der Ärztin zu einem Handlungsdruck, der weiteres Zuwarten in den spontanen Geburtsverlauf ihrer Ansicht nach obsolet macht.

*„Ich glaube, dass man bei Geburtstillständen so ganz typisch eher dazu neigt zu sagen, wir machen jetzt einen Kaiserschnitt, auch weil die Frauen das fordern. Die haben sich vielleicht von vornherein drauf, also gesagt, ich versuch mal eine normale Geburt, aber wenn es nicht geht, dann will ich einen Kaiserschnitt. Und deswegen kann man da auch jetzt nicht ewig lange zuwarten unter der Geburt“ (I8, OÄ, Z.110-115).*

Der Wandel im Denken und Handeln der an einer Entscheidung für eine Kaiserschnittentbindung beteiligten AkteurInnen wird von einem Chefarzt primär auf ein beiderseitig gestiegenes Sicherheitsbedürfnis zurückgeführt. Mit dem Wandel in der Rechtsauslegung wird die veränderte ärztliche Verhaltensweise im geburtsklinischen Versorgungssystem begründet.

*„Also zum einen liegt es daran, dass das Sicherheitsbedürfnis der Ärzte und der Frauen enorm gestiegen ist. Ein wesentlicher Faktor sind natürlich die juristischen Aspekte, die völlig neu sind. Wichtiger Faktor ist der Wunsch der Patientinnen, ja oder Wunsch will ich nicht sagen, die Ungeduld der Patientinnen und natürlich auch der Ärzte, die im Gegensatz zu früher weniger bereit sind, abwartende Haltung in Kauf zu nehmen. Also während früher Geburtshilfe einen schicksalhaften Verlauf darstellte, ist man heute wie bei allen anderen Sachen unter gewissem Erfolgsdruck“ (I3, CA, Z.22-30).*

Eine veränderte Einstellung zur Geburt bei Schwangeren wird von den interviewten FrauenärztInnen in Verbindung mit einem gesellschaftlichen Wertewandel gesehen, der anhand unterschiedlicher Beispiele veranschaulicht wird. Eine gemeinsame

Basis für diese verschiedenen Facetten scheint die Entwicklung neuer gesellschaftlich normativer Konstrukte des „Lebensereignisses Gebären“ darzustellen.

*„Meine Beobachtung ist, oder meine Idee ist, dass ich glaube, dass sich die Einstellung zur Geburt gewandelt hat, dass für die jungen Frauen auch die Planbarkeit der Geburten eine viel größere Rolle spielt, als das zum Beispiel für mich in den neunziger Jahren wichtig war. Da musste man sich noch drauf einlassen, wenn das Kind nicht dann kommt, dann kommt es halt später oder früher. Dass da viele Frauen sagen, nach dem Termin kommen und sagen, sie halten das nicht mehr aus, diese Warterei, wobei es dann eben eigentlich völlig normal ist noch zu warten, (...) weil man vielleicht auch, ja, und dass auch der primäre Kaiserschnitt sehr durch die Medien geistert. Das wäre in den neunziger Jahren auch undenkbar gewesen, da gab es ja durchaus Anfragen von Frauen, die einen Kaiserschnitt hätten haben wollen. Das hätte letztlich keiner gemacht“ (I8, OÄ, Z.48-61).*

Die Entbindungspräferenzen einer jungen Frauengeneration werden von einer Oberärztin durch Ungeduld und Streben nach Planbarkeit charakterisiert. Für die Befragte war in den 1990er Jahren der derzeitige praktizierte Ermessens- und Handlungsspielraum in geburtsmedizinischen Entscheidungen noch undenkbar. Zunehmendes Formulieren von Anfragen oder Wünschen nach Kaiserschnitt von Schwangeren wird wiederum einer medialen Wirkmächtigkeit zugeschrieben, die geplanten Schnittentbindungen zu hohem Bekanntheitsgrad verholfen hat.

*„Ja, also diese Planbarkeit, und da weiß man was man hat. Und nachher kriegt man sein Kind halt in Tücher gewickelt in den Arm gelegt und dann ist alles gut. Also ich glaube schon, dass das für viele vielleicht auch durch die Medien so ein Bild ist, was sie sich dann ganz gut für sich auch vorstellen können“ (I9, FÄ, Z.200-204).*

Einerseits wird Medien zugeschrieben, ein Bild moderner Nutzerinnenorientierung in der Geburtsmedizin zu verbreiten, das den Fokus auf die selbstbestimmte Wahl der (Kaiserschnitt-)Entbindung setzt; andererseits werden diese für die Verbreitung von Ängsten vor einer vaginalen Geburt verantwortlich gemacht.

*„So Sachen, die (...) auch in der Presse mehr thematisiert werden, ohne fundiert zu sagen, wie ist denn die Gefahr wirklich. Ich glaube, da werden auch mehr Ängste geschürt“ (I6, AÄ, Z.74-77).*

Eine unrealistische Vorstellung von Geburtsprozessen ohne fundiertes Fachwissen bei Nutzerinnen wird in den vorangestellten Zitaten von einer Fach- und einer Assistenzärztin als Folge medialen Einflusses angesehen. Dennoch scheint dies keine hinreichende Begründung für einen Wandel in der Einstellung von Frauen zu unterschiedlichen Geburtsmodi darzustellen. So berichtet eine Fachärztin im Gesprächsverlauf, dass sich ihre jüngeren Kolleginnen ebenfalls nur eine Entbindung durch Sectio vorstellen können, der motivationale Hintergrund hierfür bleibt allerdings offen.

*„Also, ich hab so ein paar jüngere, also deutlich jüngere Kollegen, ich bin ja nun auch schon Ende vierzig, die so Ende zwanzig sind, von denen auch dann sofort kommt, also wenn ich mal ein Kind kriegen sollte, dann auch nur per Kaiserschnitt“ (I13, FÄ, Z.658-661).*

Neben Angst vor Geburtsschmerzen wird Angst vor Kontrollverlust während des vaginalen Geburtsprozesses ebenfalls als Motiv für die Kaiserschnittpräferenz von Nutzerinnen angeführt. Zudem erfolgt von einer Oberärztin der Hinweis, dass sexuelle Gewalterfahrungen von Frauen allmählich enttabuisiert werden und dies eine Erklärung darstellen kann.

*„Auch, ja, die große Angst davor, sich so auszuliefern, eine schlechte Figur abzugeben, peinlich zu wirken. Wo man denkt, das hat man dann kontrolliert besser im Griff, wo man dann eben ordentlich abgedeckt auf einem OP-Tisch liegt. Also viele Frauen haben auch diese Angst vor Intimität, gerade Frauen mit irgendwelchen scheußlichen Erlebnissen oder Missbrauchserfahrungen, die einfach diese Vorstellung, dass sie hier nackt und bloß irgendjemandem ausgeliefert sind, nicht ertragen können“ (I7, OÄ, Z.436-444).*

Der geburtsmedizinische Klinikalltag scheint seit den 1990er Jahren auch stark durch den Wandel sozialpolitischer Einflussfaktoren geprägt worden zu sein. In die ärztliche Perspektive bei Entscheidungsfindungen für einen Kaiserschnitt haben Themen wie PatientInnenrechte, mündige und informierte NutzerInnen des Gesundheitssystems, Selbstbestimmung der Frau bei der Wahl der Entbindungsart, das zunehmende Enttabuisieren von postpartaler weiblicher Sexualität, aber auch von sexuellen Gewalterfahrungen oder die stärkere Einbindung des Partners in den Geburtsprozess Einzug gehalten. Auch letzteres kann eine relevante Einflussgröße im Entscheidungsprozess für eine Kaiserschnittentbindung darstellen, wie folgendes Zitat belegt:

*„Na ja, eben gerade bei den Frauen, die einen Wunschkaiserschnitt haben wollen, gibt es ganz viele, wo die Männer sagen, wo die Männer das sind. Also in einem Fall hab ich das tatsächlich auch erlebt, dass es der Mann war, der das*

*unbedingt wollte. Also der eigentlich der einzige war, die Frau hat gesagt, eigentlich will ich das gar nicht unbedingt. Und es war, ja, und die Frau, ja, und der Mann hat gesagt, das muss, und sie kann das nicht, und ich halt das nicht aus“ (I5, AÄ, Z.295-302).*

Die angeführten möglichen Ursachen für steigende Kaiserschnittraten weisen ein großes Spektrum auf. Dennoch basieren alle genannten Erklärungsmuster auf einer veränderten Risikobewertung von Kaiserschnittoperationen im Verhältnis zu Vaginalgeburten, in der Wahrnehmung der Befragten trifft dies für alle beteiligten AkteurInnen zu. Die Entwicklung wird stark in Zusammenhang mit der Darstellung von Geburtsmedizin in Medien mit breiter Öffentlichkeitswirkung gerückt. Im Hinblick auf die zunehmende allgemeine Akzeptanz von Schnittentbindungen thematisiert eine Oberärztin jedoch auch die Funktion und Bedeutung ihrer eigenen ärztlichen Profession:

*„Natürlich im Rahmen dessen, dass auch den Patientinnen, Frauen bewusster ist, dass ein Kaiserschnitt nicht mehr so was Außergewöhnliches ist. Dass die Raten relativ hoch liegen, dass es ein Routineeingriff ist, mit zum Glück ja auch wenigen Komplikationen. (...) Aber ich glaube, das Bild, wie wir diesen Eingriff vor den Patientinnen darstellen, ist es schon so, dass wir, dass der als harmlos dargestellt wird mit relativ wenigen Komplikationen. (...) Aber dass die Erfahrung für uns Ärzte, aber auch für die Patienten natürlich so ist, ein geplanter Kaiserschnitt ist eine einfache Sache. Die geht schnell, glatt, und man ist schnell wieder zu Hause und hat wenig Komplikationen. Und ich glaube, das wirkt sich auch auf die Frauen, die ohne medizinische Gründe einen Kaiserschnitt wünschen, aus, dass ihnen das Angebot näher kommt, so“ (I15, OÄ, Z.107-130).*

Das verbreitete, positive Bild einer durch stetigen medizintechnischen Fortschritt ermöglichten interventionsorientierten geburtsklinischen Versorgung mit maximaler Risikobeherrschung wird von der Ärztin auf eine professionseigene (verharmlosende) Außendarstellung zurückgeführt. Zugrunde liegt dieser eine „Erfolgsorientierung“ an den „Short-term Outcome Parametern“, wie eine kurze Eingriffszeit oder eine kurze stationäre postoperative Verweildauer, von denen (vermeintlich) sowohl Nutzerinnen als auch ärztliche Professionelle profitieren. Weiterhin vermutet die Interviewte, dass diese Sichtweise und deren Darstellung auch im Hinblick auf eine zunehmende Akzeptanz von Schnittentbindungen auf Wunsch von zentraler Bedeutung sind. Bezugnehmend auf die Forschungsfragen wird im folgenden Abschnitt der Blick auf die Ausführungen der Befragten zu Wahrnehmung und Einordnung des „Wunschkaiserschnitts“ in die Gesamtentwicklung der Kaiserschnittraten gerichtet.

### 5.2.3 Einfluss des Kaiserschnitts auf Wunsch auf die steigenden Kaiserschnittsraten

Einschätzungen über den Anteil von „Wunschkaiserschnitten“ an den steigenden Kaiserschnittsraten fallen bei den interviewten FrauenärztInnen sehr unterschiedlich aus. Auffällig war, dass die Befragten keine konkreten Daten aus klinikeigenen Geburtsstatistiken anführen haben, den genannten Angaben lagen (Ein-)Schätzungen zugrunde, die auf dem alltäglichen Erleben des Klinikalltags basierten. Grob können die Aussagen der Interviewten in drei Kategorien eingeteilt werden.

In der Kategorie „selten“ finden sich Angaben von unter einem bis fünf Prozent für angefragte oder durchgeführte „Wunschkaiserschnitte“:

*„Also, ich würde sagen, wir erleben das vielleicht einmal im Monat, dass eine Frau kommt und vehement nach einem Kaiserschnitt verlangt, ja?“ (I18, CA, Z.122-124).*

*„Aber es sind, glaube ich, nicht viele. Wenn man das wirklich runterreduziert, jetzt mal nur die harte Gruppe, wirklich reinen Wunschkaiserschnitt, würde ich sagen, sind wir vielleicht ein bis zwei Prozent, wenn überhaupt, ist nicht viel. Und ich hab das Gefühl, es ist im letzten Jahr schon weniger geworden“ (I1, CA, Z.164-169).*

*„Also ich glaube, dass wirklich jemand mal kommt und sagt, ich will einen Kaiserschnitt, obwohl sonst nichts dafür spricht, das ist extrem selten eigentlich. Das würde ich so auf fünf Prozent höchstens schätzen“ (I16, AÄ, Z.547-550).*

In einer zweiten Kategorie „stetig steigend“ werden keine numerischen Schätzungen abgegeben, die Befragten nehmen aber ein zunehmendes Anfragen und Durchführen von „Wunschkaiserschnitten“ in ihrem klinischen Arbeitsalltag wahr:

*„Gefühlt einen immer stärker oder größer werdenden Anteil“ (I4, OA, Z.85).*

*„So die Zahlen aus dem letzten Jahr kann ich gar nicht sagen, weil es doch zunehmend so ist, dass die Frauen ja mit dem Wunsch kommen, einen Kaiserschnitt zu haben“ (I17, FÄ, Z.37-40).*

Schließlich lässt sich noch eine dritte Kategorie „häufig“ bilden. Eine Fachärztin schätzt den Anteil der Schwangeren, die eine Entbindung per Kaiserschnitt nachfragen sogar auf über 30 Prozent:



*„Wir erleben schon viele Frauen, die mit dem Wunsch nach einem Kaiserschnitt oder besonders nach einem, nach einer Resectio, nach, vielleicht nach einer traumatischen Geburt zu uns in die Sprechstunde kommen“ (I8, OÄ, Z.136-139).*

*„Also, es ist oft so ein bisschen durch die Blume gesagt, aber letztendlich kann man fast jede, na ja bei jeder zweiten, dritten Frau würde ich sagen, die möchte eigentlich den Kaiserschnitt“ (I13, FÄ, Z.56-58).*

Ein genauerer Blick auf die Wortwahl in den angeführten Zitaten lässt vermuten, dass die große Spannbreite geschätzter Prozentsätze verschiedener zugrunde liegender Definitionen eines „Wunschkaiserschnitts“ geschuldet sein kann. Bei geringer geschätzten Anteilen von Schnittentbindungen auf Wunsch wird von einer „harten Gruppe“ (I1, CA, Z.165) mit einem „vehementen“ (I18, CA, Z. 124) Verlangen nach „einem reinen Wunschkaiserschnitt“ (I1, CA, Z.166) gesprochen. Hingegen wird bei der geschätzten Rate von über 30 Prozent Kaiserschnittnachfrage der Ausdruck Anfrage „durch die Blume“ (I13, FÄ, Z.56) benutzt. Die Oberärztin, die „schon viele Frauen“ (I8, OÄ, Z.136) mit dem Wunsch nach Kaiserschnittgeburt erlebt, stellt sich die Frage, welche Kriterien gegeben sein müssen, um von einem „Wunschkaiserschnitt“ zu sprechen. Als schwer einzuordnende Fälle werden von ihr traumatische Geburten oder Schnittentbindungen in der Vorgeschichte als Motiv der Frauen für einen entsprechenden Wunsch angeführt.

Ein Hinweis auf mögliche unterschiedliche Indikationsauslegungen bei vorangegangener Sectio findet sich auch im nachfolgenden Zitat einer Fachärztin. Für die Befragte stellt der Zustand nach Uterusoperation einen Grenzbereich dar, der – je nach Auslegung – durchaus die Höhe der (Wunsch-)Kaiserschnittraten beeinflusst.

*„Na, die Frage ist, wann ist es ein Wunschkaiserschnitt, und wann wird es der Frau so ein bisschen in den Mund gelegt. Ist ein Wunschkaiserschnitt schon wenn man sagt, das erste Kind war eine Sectio, was weiß ich, Beckenendlage, das zweite ist eine Schädellage und sie sagt, ich will jetzt wieder einen Kaiserschnitt, oder ist es der Zustand nach Uterusoperation, und natürlich machen wir das. Das sind ja immer so diese Grenzbereiche. Der reine Wunschkaiserschnitt, wo ich sagen würde, auch bei vielen Nachfragen sehe ich außer Angst vor Geburt, Angst vor Schmerzen, Angst vor, finde ich so doof, oder dann kann ich es besser planen, oder der Mann hat Urlaub, das, würde ich sagen, liegt um die zwei bis drei Prozent nur. Diese Wischi-Waschi-Indikationen, man misst das Kind vielleicht ein bisschen größer, damit es Verdacht auf Missverhältnis. Oder so ist, oder Zustand nach Sectio oder so, da würde ich sagen, sind wir dann schon bei fünfzehn Prozent in etwa, wenn man das mit einrechnet“ (I9, FÄ, Z.103-118).*

Die ärztliche Definitionsmacht hinsichtlich medizinischer Indikationen für Schnittenbindungen und der alltagspraktische Umgang damit werden von der Ärztin noch an einem weiteren Beispiel beschrieben. So ermöglicht die kindliche Messung in präpartaler Ultraschalldiagnostik gleichwohl interpretatorischen Handlungsspielraum, um zur Diagnose Verdacht auf (feto-pelvines) Missverhältnis gelangen zu können. Der gestalt erfolgte medizinische Indikationen bezeichnet die Interviewte als „*Wischi-Waschi-Indikationen*“ (I9, FÄ, Z.115), unter Berücksichtigung dieser Fälle liegt ihre Schätzung von „Wunschkaiserschnitten“ bei 15 Prozent. Beachtenswert ist zudem, dass sie davon spricht, dass „*der Frau so ein bisschen in den Mund gelegt*“ (I9, FÄ, Z.104) werden kann, dass die Nachfrage nach Kaiserschnitt in diesem Fall mit einer medizinischen Indikation in Einklang zu bringen ist. Ein ausschließlich zugrundeliegender Wunsch nach Kaiserschnitt von Seiten der Schwangeren kann hierfür wohl kaum konstatiert werden.

Eine wechselseitige Beeinflussung der beteiligten AkteurlInnen in diesem Entscheidungsprozess zeigt sich ebenfalls anhand der Schilderung einer Oberärztin. Sie erlebt im geburtsklinischen Versorgungsalltag einen großen Erwartungsdruck von Nutzerinnen, die von ärztlicher Seite das Konstruieren einer medizinischen Begründung für eine Entbindung per Kaiserschnitt einfordern. Sie kritisiert zudem, dass dieser Aspekt zu wenig in wissenschaftlichen Studien Berücksichtigung findet.

*„Dass ich mich, ich habe diese GEK-Studie<sup>175</sup> gelesen und habe mich darüber sehr geärgert, weil ich doch den Eindruck hatte, dass es in der Klinik ganz anderes, oder dass ich das Gefühl hatte, die Frauen sagen zwar alle, sie möchten keinen Kaiserschnitt, aber es gibt doch welche, die dann das auch ganz anders an uns herantragen, so nach dem Motto, finden Sie mal einen Grund, oder der Doktor hat aber gesagt, das Kind ist groß, oder es wäre besser für mich, oder ich bin so zierlich, also solche Sachen. Ja, und dass mir das zu wenig beachtet wurde in dieser Studie“ (I8, OÄ, Z.631-639).*

Unterschiedliche Auslegungen von relativen Kaiserschnittindikationen bei ärztlichen Professionellen können demnach die verschiedenen Einschätzungen und Angaben zur Häufigkeit von „Wunschkaiserschnitten“ erklären. Damit verbunden sind differierende Auffassungen von der Definition „Wunschkaiserschnitt“, das folgende Zitat gibt die Definition einer Oberärztin wieder:

*„Dass der Wunsch einer Schwangeren nach einem Kaiserschnitt besteht, ohne dass aus dem Schwangerschaftsverlauf oder aus dem Geburtsverlauf eine medizinische Notwendigkeit oder Empfehlung zum Kaiserschnitt abzuleiten ist.*

---

<sup>175</sup> Die GEK-Kaiserschnittstudie (Lutz & Kolip, 2006)

*Dass der Wunsch jetzt mal medizinisch gesehen alleine bei der Frau liegt so. Und medizinisch gesehen meine ich, dass die Frau natürlich auch wieder Gründe hat, diesen Wunsch zu haben aus anderen Erfahrungen, aber dass jetzt rausgenommen ist, dass die Erfahrungen der Frau zum Wunsch nach dem Kaiserschnitt führen und nicht die Empfehlung oder der medizinischen Verlauf“ (I15, OÄ, Z.791-802).*

Hierbei wird ersichtlich, welche Schwierigkeiten die Befragte hat zu einer eindeutigen Formulierung zu gelangen und welche eine große Spannbreite an Interpretationsmöglichkeiten und Handlungsoptionen sich dadurch ergeben können. Somit verwundert auch nicht die Uneindeutigkeit in den Interviews hinsichtlich der „erlebten“ Anteile von „Wunschkaiserschnitten“ an der Gesamtkaiserschnitttrate, zumal ein Oberarzt betont, dass die ärztliche Konstruktion medizinischer Indikationen für Kaiserschnittentbindungen kein Problem darstellt:

*„Es findet sich natürlich immer eine – in Anführungsstrichen – mehr oder minder zutreffende medizinische Begründung für jeden Kaiserschnitt, so diese Kaiserschnitte aus psychischer Indikation oder wie man es auch immer dann tituliert“ (I4, OA, Z.85-89).*

#### **5.2.4 Resümee – „(...) und dann ging es steil nach oben<sup>176</sup>“ zu den „Wisch-Waschi-Indikationen<sup>177</sup>“**

Die Abkehr vom Paradigma, dass niedrige Kaiserschnittraten als Ausdruck qualitativ hochwertiger Geburtsmedizin zu werten sind und die damit verbundene Zäsur in der geburtsklinischen Versorgungspraxis zunehmend Geburten per Kaiserschnitt zu beenden, wird von den Interviewten, die längere Zeit geburtsmedizinisch tätig sind, in den 1990er Jahren verortet. Die Aussagen von Befragten mit assistenzärztlichem Status und kürzeren klinischen Erfahrungszeiten verdeutlichen hingegen, dass in ihrem bisherigen fachärztlichen Weiterbildungscurriculum eine kritische Reflexion diesbezüglich nicht verankert ist.

Diese Veränderung im geburtsklinischen Versorgungsalltag wird als flächendeckend wahrgenommen und als Ausdruck einer Entwicklung geschildert, die insbesondere mit einer veränderten Risikobewertung geplanter Kaiserschnittoperation im Verhältnis zu Vaginalgeburten einhergeht. Vorrangig basiert die aktuelle Risikobewertung auf verbesserten mütterlichen und kindlichen „Short-term-outcome“-Parametern, die ver-

---

<sup>176</sup> I11, OÄ, Z.60

<sup>177</sup> I9, FÄ, Z.115

änderten Operations- und Narkosetechniken zugeschrieben werden. In die ärztliche Sichtweise dieser Risikobewertung fließt zudem maßgeblich die Wahrnehmung eines veränderten Risikoprofils der Schwangeren ein. Als stetig zunehmende Risikofaktoren werden steigendes mütterliches Alter, vermehrte mütterliche und kindliche Gewichtszunahme sowie eine allgemein höhere Krankheitslast genannt, gleichwohl wird auch eine steigende Anzahl vorausgegangener geburtsmedizinischer Interventionen als Risiko beschrieben.

Deutliche Hinweise finden sich in den Interviews auf einen zentralen Zusammenhang zwischen veränderter Risikowahrnehmung von Schwangerschaften bzw. der verschiedenen Entbindungsarten und zunehmend ausgeprägtem Sicherheitsdenken der ÄrztInnen. In Verbindung mit der Antizipation juristischer Konsequenzen wird der Einzug von defensivmedizinischem Denken und Handeln in die klinikärztliche Entscheidungsfindung für eine Kaiserschnittentbindung beschrieben.

Parallel dazu stellen die Interviewten bei Nutzerinnen der geburtsklinischen Versorgung ein vermehrtes Sicherheitsbedürfnis fest und erleben ein immer stärker einflussnehmendes Handeln derer bei Entscheidungen für Kaiserschnittentbindungen. Eine wechselseitige Beeinflussung der beteiligten AkteurInnen – basierend auf beiderseitig risikogeprägtem sowie sicherheitsorientiertem Denken – in diesem Entscheidungsprozess wird ebenfalls ersichtlich. Die erlebte zunehmende Akzeptanz von Schnittentbindungen und der damit in Verbindung gebrachte Wandel in der Einstellung zum Geburtsprozess bei Nutzerinnen wird von den Befragten als Folge medialer „Yellow-Press“-Darstellungen angesehen, die den Kaiserschnitt in der Öffentlichkeit als (vermeintlich) risikoarmen Routinegeburtsmodus präsentieren. Dennoch werden gerade die gut informierten, „mündigen“ Nutzerinnen aus höheren Bildungsschichten als ein besonders risiko- und komplikationsbehaftetes Klientel beschrieben, vorrangig von dieser Gruppe wird auch ein Initiieren rechtlicher Sanktionen befürchtet. Kritisch wird in diesem Kontext gleichwohl die Rolle der eigenen Profession und die von ihr geprägte Außendarstellung einer Geburtsmedizin reflektiert, die maximale Risikobeherrschung und Sicherheit verspricht.

Zudem schildern die Interviewten eine enge Verknüpfung von strukturellen Rahmenbedingungen im Klinikalltag und Entscheidungen für Geburtsmodi. In Situationen von hoher Arbeitsintensität wird die Schnittentbindung als entlastende Intervention erlebt und entsprechend eingesetzt. Der geburtsklinische Arbeitsalltag wird zunehmend wettbewerbsorientierter wahrgenommen, hierbei scheint jedoch weniger die wirtschaftliche (Einzel-)Rentabilität einer Kaiserschnittoperation den Entscheidungskontext zu prägen als die grundsätzlich konkurrierende Wettbewerbssituation um hohe Geburtenraten der Geburtskliniken untereinander. Sowohl Befragte in fachärztlicher Weiterbildung als auch ÄrztInnen mit Gebietsbezeichnung und langjährigem kli-

nischen Erfahrungshintergrund verweisen darauf, dass im Zuge dieser Entwicklung konservative geburtsmedizinische Kompetenzen in der fachärztlichen Ausbildung immer weniger vermittelt werden (können). In der Konsequenz bedeutet dies, dass eine derartige Ausbildung eine FachärztInnengeneration hervorbringt, deren Denken zunehmend interventionsorientiert ist und deren operativ-geprägtes Handeln mehr und mehr die weitere Ausrichtung geburtsmedizinischer Versorgung bestimmen wird.

Jenseits medizintechnischer Veränderungen und Innovationen beschreiben die Interviewten einen geburtsmedizinischen Klinikalltag, der von dem Wandel eines ganzen sozialpolitischen Paradigmenbündels geprägt ist. Wettbewerbs- und NutzerInnenorientierung, PatientInnenrechte und haftungsrechtliche Kriterien, somatische und psychische Präventivüberlegungen müssen in die ärztliche Perspektive bei Entscheidungen für Schnittentbindungen einfließen. Je nach subjektiver (Be-)Deutung dieser unterschiedlichen Elemente des Entscheidungskontextes für eine Kaiserschnittoperation ordnen die interviewten FrauenärztInnen das Konstrukt „Wunschkaiserschnitt“ in ihre Erfahrungswirklichkeit ein und begründen dies mit unterschiedlichen Auslegungen von relativen Indikationen. Die breite Spanne von Angaben zur Häufigkeit von Anfragen und Durchführungen von „Wunschkaiserschnitten“ erklärt sich dadurch. Zwangsläufig ergibt sich aus den verschiedenen Auffassungen über die Definition „Wunschkaiserschnitt“ ein großes Spektrum an Interpretationsmöglichkeiten und Optionen auf ärztlicher Handlungsebene im Entscheidungsprozess für einen Kaiserschnitt auf Nachfrage. Anknüpfend an die Fragestellungen dieser Untersuchung werden vor dem Hintergrund der bisher dargestellten Einflussfaktoren nun die von den Interviewten genannten Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ im Detail in den Fokus der Betrachtung gerückt.

### **5.3 Klinikärztliche Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess für einen Kaiserschnitt auf Wunsch**

Die in den vorliegenden Interviewpassagen geschilderten Sicht- und Handlungsweisen klinisch tätiger FrauenärztInnen lassen ein breites Spektrum an Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ erkennen. Aus der interpretatorisch-analytischen Auswertung der Aussagen zum alltäglichen Erleben und Handeln in Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern, kann eine Einteilung in drei grundsätzliche Ausrichtungen abgeleitet werden. Die folgend aufgeführten begrifflichen Kategorien sind als zuge-spitzte Konstrukte anzusehen, die durchaus fließende Übergänge aufweisen können.

### 5.3.1 Gestaltung qua paternalistischer Autorität

Die ärztliche Gestaltung von Interaktionen qua paternalistischer Autorität im Rahmen von Entscheidungsfindung für einen „Wunschkaiserschnitt“ kann anhand der jeweils eingesetzten Gestaltungsinstrumente in drei Varianten unterteilt werden. Als vorrangige Mittel zur Herstellung einer (verstärkten) Asymmetrie im Verhältnis zwischen ÄrztInnen und NutzerInnen der geburtsklinischen Versorgung werden der institutionalisierte ärztliche Autoritätsstatus, die Wirkmächtigkeit ärztlicher Überzeugungskraft sowie das Vorenthalten ärztlichen (Ein-)Verständnisses in die von NutzerInnen vorgetragenen Begründungen für einen „Wunschkaiserschnitt“ eingesetzt. Bei diesen Ausprägungen von Interaktionsgestaltung sind wiederum Überschneidungen festzustellen, beziehungsweise scheinen bei einer grundsätzlich ärztlich autoritär geprägten Interaktion verschiedene Gestaltungsmittel – je nach subjektiver Einschätzung der jeweiligen Situation durch die Professionellen – zur Anwendung zu kommen. Gemeinsam ist allen im folgenden Abschnitt beschriebenen Gestaltungsweisen, dass eine hierarchisch geprägte Interaktionssituation geschaffen wird. Es finden sich keine Hinweise auf ärztliche Bereitschaft, NutzerInnen partizipativ an Entscheidungsfindungen teilhaben zu lassen. Diese Strategie der Exklusion von NutzerInnen an diesem Prozess basiert auf einer paternalistischen Vorstellung von einem autoritären (Macht-)Verhältnis zwischen den AkteurInnen, das auch deutlich von benevolenten oder aufgeforderten Paternalismus abgegrenzt werden muss (vgl. Kapitel 3.3.3).

#### Gestaltung qua ärztlicher Eminenz

Bei der Gestaltung qua ärztlicher Eminenz steht der ärztliche Autoritätsstatus als Mittel der Einflussnahme im Vordergrund. Der folgend zitierten Fachärztin ist die Wirkmächtigkeit von (ihren) Statussymbolen bewusst und es wird deutlich, dass sie diese auch einzusetzen weiß.

*„Das kommt darauf an, einige sind ja einfach schon dadurch, dass man Arzt ist, einen Kittel trägt und hinter dem Schreibtisch sitzt, wenn ich in Anführungsstrichen autoritär bin und sage, tut mir leid, das gibt es hier nicht, ich finde es auch völligen Quatsch, und ich erkläre Ihnen jetzt gerne warum, dadurch schon einlenkbar. Also, jetzt bei mir selber war halt eine, die wollte gar nicht, aber die hätte auch, glaube ich, von niemandem, die war so drauf festgelegt. Und da hab ich aber auch gesagt, wir machen es nicht, Ende“ (I9, FÄ, Z.730-738).*

Die autoritäre Anwendung der letztinstanzlichen Entscheidungsgewalt als cheförztlicher Klinikleiter wird in nachfolgender Aussage von dem Interviewten noch durch die Betonung unterstrichen, dass es im geschilderten Fallbeispiel um eine Ärztin geht, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußerte. Autoritäres Handeln kann hier als Han-

deln aus einer (chef-)ärztlichen Position verstanden werden, dem die Auffassung vom Erteilen von (An-)Weisungen zugrunde liegt. Der Nutzerin wird nach Abweisung ihres Wunsches keine weitere Handlungsoption aufgezeigt. In diesem Fall suchte die Frau dann eine andere Geburtsklinik auf.

*„Also, ich halte nichts davon zu sagen, ich mache es, ich hab es einmal gemacht bei einer Frau, einer Frau, ich glaube, das war eine Kollegin sogar. Die ist mit ihrem Mann gekommen und die hat gesagt, sie möchte einen Kaiserschnitt, weil das mit den Terminen ihres Mannes und so, da hab ich gesagt, mache ich nicht, ja, ich habe gesagt, mache ich nicht. (...) Das Gespräch hat ungefähr fünf Minuten gedauert. Sie ist gegangen. Ich hab es nachher erfahren, sie ist in eine andere Klinik gegangen, hat sich über mich beschwert und hat dort einen Kaiserschnitt gekriegt. Also, es gibt schon Situationen, wo ich dann auch nicht, dann nicht so lange rede“ (I18, CA, Z.409-423).*

In beiden Zitaten wird die autoritäre Gestaltung durch die ärztlich (Macht-) Position in Verbindung mit kurzen Interaktionszeiten beschrieben wird. Eine Asymmetrie zwischen den AkteurInnen wird nicht unter Hinweis auf fachärztliche Expertise und Entscheidungskompetenz erzielt, sondern das Inszenieren und Einsetzen des sozialen Machtstatus der ärztlichen Profession bildet den relevanten Gestaltungsfaktor.

### **Gestaltung qua ärztlicher Vehemenz**

Zentrales Element bei der Gestaltung qua ärztlicher Vehemenz ist die Einflussnahme durch (ärztliche) Überzeugungskraft. Vorrangig ist diese Interaktion durch einen direktiv-ärztlichen Gesprächsstil gekennzeichnet, der mit Vermittlung entsprechender Informationen die Nutzerin zur Abkehr von ihrer Vorstellung der Entbindung per Kaiserschnitt bewegen soll. Die Wirkmächtigkeit dieser Gesprächsführung steht auch in Verbindung mit dem sozialen Machtstatus der ärztlichen Profession, hier dient jedoch in erster Linie die autoritäre Art der Darstellung vermeintlich (fach-)wissensbasierter Inhalte zur Herstellung einer Asymmetrie im Verhältnis zwischen den AkteurInnen.

Diese Form der Interaktionsgestaltung kann ebenfalls in sehr kurzen Zeiträumen konzeptualisiert werden, wie es das folgende Zitat verdeutlicht:

*„Es gibt da immer wieder mal Frauen, die sagen, och, vielleicht sollte ich nicht vielleicht doch einen Kaiserschnitt? Aber das, in zwei Sätzen hat man sie davon überzeugt, dass es Blödsinn ist“ (I18, CA, Z.124-127).*

Dieser von einem Chefarzte beschriebenen kurzen Interaktion liegt zudem ein dichotomes Denkmuster zugrunde, die Entscheidungsfindung für eine Entbindungsart

basiert auf einem Richtig-Falsch-Prinzip, der Befragte ist in dieser Interaktion von der Richtigkeit seiner Entscheidung überzeugt. Auch in der folgenden Interviewpassage stellt eine Fachärztin auf die Frage nach Einflussmöglichkeiten im Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ vehement ihre eigene Überzeugung in den Vordergrund und unterstreicht deren „Richtigkeit“ mit Verweis auf den seit jeher stattfindenden „normalen“ Geburtsvorgang.

*„Ja, ich bin da ganz altmodisch. Ich finde, Kinder kommen auf normalem Wege auf die Welt, und dafür ist Frau auch Frau genug, um das hinzukriegen. Ich sehe das durchaus ein, dass da alle möglichen Unterstützungen gegeben werden sollen, sei es persönliche Betreuung bis hin zu, wie gesagt, PDA oder Schmerz-bekämpfung. Aber ich finde, wenn das seit hunderttausenden von Jahren so geht, warum soll das plötzlich nicht mehr so gehen?“ (I13, FÄ, Z.604-611).*

In dem Interviewmaterial finden sich gleichfalls Beschreibungen moderater Varianten von „Ärztlicher Überzeugungskraft“, wie folgendes Beispiel belegt:

*„Also, man versucht schon die Hintergründe dann auch darlegen zu können und eventuell auch beruhigend oder anders auf die Frau einzureden und zu sagen, Sie sehen das vielleicht falsch, oder überlegen Sie es sich noch mal, Sie haben ja noch Zeit, sich das zu überlegen“ (I1, CA, Z.195-199).*

Diese Gestaltungsart von Interaktionen mit Nutzerinnen, die Entbindungen per Kaiserschnitt nachfragen, zeichnet sich zwar durch längere Gesprächssequenzen aus; hervorstechendes Merkmal ist jedoch wiederum eine professionelle Überzeugung, dass die Sichtweise der Schwangeren beziehungsweise ihre Vorstellung des Geburtsprozesses grundsätzlich in die Kategorie „falsch“ (I1, CA, Z.198) einzuordnen sind. In dieser Interviewpassage beschreibt ein Chefarzt sein Handeln als „auf die Frau einzureden“ (I1, CA, Z.197), eine Bereitschaft die Schwangere an der Entscheidungsfindung zu beteiligen lässt sich daraus nicht ableiten.

Gefragt nach ihren Einflussmöglichkeiten bei Sectionnachfrage von Schwangeren berichtet eine Oberärztin von ihren Erfahrungen aus Gesprächen zur Geburtsanmeldung in der Klinik:

*„Und bei diesen ganzen Anmeldegesprächen ist es so, dass man entweder sofort – so dusch – ich möchte aber einen Kaiserschnitt haben. Und dann, ja, wenn man dann erstmal ein bisschen forscht, dann kann man die Sachen ja, oder die Sorgen auch so ein bisschen sortieren und gucken. Und wenn es Frauen sind, die eher Angst haben, mit diesen Frauen kann man doch häufiger auch das so besprechen, dass sie es dann doch erstmal spontan versuchen, wenn man*



*versucht, auf diese Ängste einzugehen. Aber wenn so Frauen sehr früh auch schon davon sprechen, dass sie einen Kaiserschnitt haben wollen, so 16. oder 20. Woche, also eigentlich vor der 20. Woche, diese Frauen sind eigentlich nicht umzustimmen“ (I14, OÄ, Z.104-116).*

Auch diese Schilderung lässt eine längere Interaktionszeit vermuten und weist eine differenziertere Gestaltung auf. Der Raum, den Nutzerinnen zur Darstellung ihres motivationalen Hintergrunds für den Wunsch nach Kaiserschnitt erhalten, erscheint allerdings sehr begrenzt. Die Oberärztin beschreibt ihr Vorgehen, dass sie „*erstmal ein bisschen forscht*“ (I14, OÄ, Z.107) und „*auch so ein bisschen sortier[t]*“ (I14, OÄ, Z.109), zentrales Mittel zur Gestaltung der Interaktion ist aber ebenfalls die Überzeugungsarbeit im Sinne von „*[U]m[zu]stimmen*“ (I14, OÄ, Z.116).

Bei dieser Interaktionsform mit Nutzerinnen, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern, wird als Gestaltungsmittel überwiegend „ärztliche Vehemenz“ im Sinne von eindringlicher (wissensbasierter) Belehrung genutzt. Auf Schwangere wird „*ein[ge]-rede[t]*“ (I1, CA, Z.197), sie sollen „*um[ge]stimmt*“ (I14, OÄ, Z.116) und „*überzeugt*“ (I18, CA, Z.127) werden, da ihre Geburtsvorstellungen aus ärztlicher Perspektive als „*falsch*“ (I1, CA, Z.198) angesehen werden.

### **Gestaltung qua ärztlicher Stringenz**

Bei der Interaktionsvariante „Gestaltung qua ärztlicher Stringenz“ steht der Aspekt motivationaler Rechtfertigung der Schwangeren für ihr Anliegen im Mittelpunkt des Geschehens. Die Verwendung des Begriffs „ärztliche Stringenz“ soll auf die Art des stattfindenden Aushandlungsprozesses verweisen. Die ärztliche Bewertung der vorgetragenen Begründung der Schwangeren für den Wunsch nach Kaiserschnitt steht hierbei im Zentrum des Entscheidungsprozesses, als Mittel der Einflussnahme wird das Vorenthalten des (Ein)Verständnisses in die gewünschte Operation eingesetzt. In folgender Äußerung eines Chefarztes wird ein derartiges Vorgehen deutlich:

*„Wenn das nicht der Fall ist, wenn es wirklich nur darum geht, ich will das jetzt, und aus welchen Gründen auch, und es gibt wirklich keinen harten oder weichen Grund dafür, dann mache ich das auch nicht. Wir lehnen es dann ab. Wir haben es also schon ein paar Mal gehabt, dass wir gesagt haben, also bei dieser Patientin, die jetzt wirklich vier Kinder oder drei Kinder auf normalem Wege bekommen hat, das machen wir nicht“ (I1, CA, Z.201-207).*

Für die Einwilligung in eine Schnittentbindung im geschilderten Fallbeispiel kann der Befragte „*wirklich keinen harten oder weichen Grund dafür*“ (I1, CA, Z.203) gemäß seiner zugrunde gelegten ärztlichen Begründungslogik finden. Offen bleibt, welche

Begründung die Viertgravida nach drei vaginalen Geburten ihm gegenüber für ihren Wunsch nach Kaiserschnitt genannt hat, für ein Akzeptieren dieser scheint jedoch eine vernünftige Argumentation oder ein ausreichender Grund aus seiner Sicht nicht vorzuliegen. Die ärzt(instanz)liche Nachvollziehbarkeit der von Nutzerinnen angeführten Begründung bestimmt auch in dem folgenden Zitat die Aushandlungssituation:

*„Ich trete erstmal in Dialog, frage welche Gründe. Warum, warum trauen Sie sich das nicht zu. Ja, und wenn das für mich plausibel ist, dann machen wir den auch“ (I11, OÄ, Z.164-166).*

Die Oberärztin bezeichnet zwar die Interaktion mit der Nutzerin als Eintreten in einen „Dialog“ (I11, OÄ, Z.162), sie beschreibt jedoch einen Gesprächsablauf, der sich zunächst durch einen Frage-Antwort-Stil auszeichnet. Am Ende dieser Abfragesequenz kommt die Ärztin nach Plausibilitätsprüfung der angeführten Gründe zu einer Entscheidung, die wiederum ihrer alleinigen Bewertung der Situation unterliegt. Die Subjektivität der (zugestandenen) Nachvollziehbarkeit von Begründungen und der im Zuge dessen getroffenen Entscheidung wird durch die Formulierung *„wenn das für mich plausibel ist“* (I11, OÄ, Z.165) offenbar.

Noch deutlicher zeigt die nächste Interviewpassage, dass ärztliche Entscheidungen für oder gegen Kaiserschnittentbindungen auf Nachfrage der Nutzerinnen eine starke subjektive Wertebasierung aufweisen können.

*„Aber wenn ich so das Gefühl habe, diese Frau hat sich da eigentlich gar nicht richtig Gedanken drüber gemacht, die sagt, das liest man in den Illustrierten. Das ist der einfachste Weg, jeder Prominente kriegt sein Kind per Kaiserschnitt, die machen da keine Kurse mit, die machen, bereiten sich sonst nicht groß vor und kommen dann ins Krankenhaus und sagen, so, ich krieg das Kind eben per Kaiserschnitt. Ich will das. Ich fürchte mich. Ja, das ist vielleicht dann so ein bisschen arrogant zu sagen, die hat es eigentlich nicht nötig, aber so innerlich denke ich dann, das finde ich nicht richtig“ (I13, FÄ, Z.143-153).*

Die Fachärztin beruft sich explizit auf ihr Gefühl, dass ihr Gegenüber *„sich da eigentlich gar nicht richtig Gedanken drüber gemacht“* (I13, FÄ, Z.144-145) hat und gelangt zu der Bewertung, dass die geäußerte Begründung *„Ich fürchte mich.“* (I13, FÄ, Z.150) *„nicht richtig“* (I13, FÄ, Z.153) ist; zugleich reflektiert sie jedoch selbstkritisch über ihre Haltung als Entscheidungsinstanz über das genannte Motiv.

Ferner kann das Vorenthalten ärztlicher Zustimmung als sanktionierendes Mittel, insbesondere bei der Nichtnennung von Begründungen, genutzt werden:

*„Aber wenn eine Frau kommt und sagt nur einfach, ich möchte einen Kaiserschnitt, weil ich mir das andere eben nicht vorstellen kann, aber sonst kein Grund dafür sich finden lässt, haben wir das bis jetzt immer so gemacht, dass wir das abgelehnt haben“ (I17, FÄ, Z.54-58).*

Steht die motivationale Rechtfertigung Schwangerer für ihren Wunsch nach Schnittentbindung im Mittelpunkt der Interaktion, scheint die Nachvollziehbarkeit der genannten Begründungen die ärztliche Entscheidungsfindung zu bestimmen. Hierbei legitimieren die ÄrztInnen – unter Berufung auf Kriterien einer (vermeintlich wissensbasierten) ärztlichen Logik – die Verweigerung ihrer Zustimmung durch Fehlen eines ausreichenden oder vernünftigen Grundes für die operative Intervention. Diese Art ärztlicher Logik einer „systemverträglichen Argumentation“ scheint allerdings stark an Einzelpersonen gebunden, ein allgemeingültiger, fachlicher Konsens ist nicht erkennbar. Es verwundert daher nicht, dass in das „Stringenz-Prinzip“ auch eine Komponente von „moralischer oder ethischer“ Bewertung der genannten Motive einfließt. Je nach (subjektiver) Nachvollziehbarkeit werden Motive akzeptiert oder nicht; wenn Motive von Nutzerinnen nicht benannt werden (können) oder von ÄrztInnen nicht erkannt werden (können), erfolgt die Ablehnung zur Durchführung des Kaiserschnitts. Ein stringent-paternalistischer Aushandlungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ folgt einem Regelwerk von Logik und Normen, das von der entsprechenden ärztlichen Autoritätsperson festgelegt wird. Ein ärztliches (Ein-)Verständnis kann hier als eine Anerkennung eines systemverträglichen Rechtfertigungsgrundes oder als eine Übereinstimmung mit dem zugrunde gelegten Wertesystem angesehen werden.

### **5.3.2 Aufklärung als ungeklärte Gestaltung**

Eine zweite Kategorie der von den Interviewten geschilderten Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ wird explizit mit dem Begriff Aufklärung in Verbindung gebracht. Bei der zentralen Bedeutung, die dem Aufklärungsgespräch hierbei aus juristischer Sicht zukommt, ist dies zunächst nicht verwunderlich. Dennoch zeigt sich bei genauerer Betrachtung der entsprechenden Interviewpassagen, dass unter der Bezeichnung Aufklärung sehr unterschiedliche Arten von Interaktionsgestaltung zu finden sind. Den in diesem Zusammenhang beschriebenen Gestaltungsweisen liegt eine gemeinsame Auffassung von Aufklärung als primär ärztliche Informationsvermittlung zugrunde. Die Gestaltung dieser Informationsweitergabe an Nutzerinnen kann anhand des vorliegenden Interviewmaterials in drei grundsätzliche Vorgehensweisen unterteilt werden.

Im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs kann Informationsübermittlung von möglichen Risiken des gewünschten Eingriffs einen – bewusst autoritär eingesetzten – abschreckenden Charakter annehmen, um Nutzerinnen in ihrer Entscheidung zu

beeinflussen. Auch bei der zweiten Art und Weise der Gesprächsführung steht die Darstellung von möglichen Risiken und Gefahren eines „Wunschkaiserschnitts“ im Zentrum der Informationsübermittlung. Die FrauenärztInnen scheinen hierbei jedoch keine grundsätzliche handlungsleitende Vorstellung oder Intention von Risikoaufklärung zu verfolgen, daraus resultieren unklare Interaktionssituationen für alle beteiligten AkteurInnen. Die dritte Vorgehensweise stellt zwar weiterhin ärztliche Informationsvermittlung in den Vordergrund, thematisch wird jedoch ein breiterer Bereich abgedeckt und es zeigen sich Hinweise, Aufklärung auch als ergebnisoffenen Dialog zu gestalten.

### **Abschreckung durch Aufklärung**

Bei der ärztlichen Interaktionsgestaltung mittels Abschreckung durch Aufklärung steht die Arbeit mit angsterzeugenden Szenarien als Instrument der Einflussnahme im Vordergrund.

*„Also, eine, nee, habe ich eigentlich beides erfahren, also, auch Frauen, die sich dann durchaus durch die Aufklärung über die Risiken erst damit auseinandergesetzt haben, dass es eben doch ein operativer Eingriff ist. Der eben auch mit Komplikationen aber auch durchaus mit mehr Beschwerden einher gehen kann. Nämlich eben der Bauchschnitt, welche Konsequenz der hat, auch in post-operativen Phase, was Sport betrifft, was die Dinge betrifft, die Narbe selbst, Wundheilungsstörung. Dass einige da sich aufgrund dessen doch entschieden haben, den vaginalen Entbindungsversuch zu wagen. Und andere mit einer festgelegteren Meinung, da aber letztendlich mehr Frauen so in meiner Erinnerung, die mehr, die schon mal einen Kaiserschnitt hatten und den gut überstanden haben, dass es die eigentlich dann nicht abgeschreckt hat, über diese Komplikationen zu erfahren“ (I15, OÄ, Z.137-152).*

Mit Blick auf diese Aussage einer Oberärztin wird zunächst deutlich, dass Aufklärung in diesem Kontext für sie die zentrale Funktion ärztlicher Informationsvermittlung von möglichen Risiken und Komplikationen einer Kaiserschnittoperation inne hat. In dem Zitat reiht die Ärztin stichwortartig Begriffe wie „Risiken“ (I15, OÄ, Z.139), „operativer Eingriff“ (I15, OÄ, Z.140), „Komplikationen“ (I15, OÄ, Z.141), „mehr Beschwerden“ (I15, OÄ, Z.142) und „Konsequenz“ (I15, OÄ, Z.143) aneinander. Es kann vermutet werden, dass dieser Gesprächsstil nicht nur der Interviewsituation (mit einer Interviewerin als Co-Expertin) geschuldet ist, sondern auch in einem Aufklärungsgespräch Anwendung findet. Die Ärztin berichtet, dass diese Art der Einflussnahme nur teilweise zum Erfolg führt, so sind insbesondere Frauen, die schon einmal ohne Komplikationen durch Kaiserschnitt entbunden haben, „nicht abgeschreckt“ (I15, OÄ,

Z.151), während andere aufgrund der eingesetzten Abschreckungsstrategie „*doch (...) den vaginalen Entbindungsversuch (..) wagen*“ (I15, OÄ, Z.146-147).

Die ärztliche Einflussnahme durch Aufklärungsgespräche, in denen die Darstellung von Risiken der gewünschten Kaiserschnittoperation gezielt Angst bei Nutzerinnen auslösen soll, findet auch in weiteren Interviews Erwähnung:

*„In der Situation ist es natürlich schwierig, wenn die Frau eh schon kommt und sagt, ich habe Angst, deswegen möchte ich einen Kaiserschnitt, und dann setze ich da noch einen drauf und sage, jetzt mache ich Dir aber noch mehr Angst, ich mache Dir soviel Angst, dass Du vor dem Kaiserschnitt am Schluss noch mehr Angst hast als vor der natürlichen Geburt“* (I7, OÄ, Z.1007-1012).

Die zitierte Oberärztin ist sich der Wirkmächtigkeit angsterzeugender Szenarien in Aufklärungsgesprächen bewusst und es wird deutlich, dass sie diesen in gewisser Weise kritisch gegenüber steht, speziell wenn der Hintergrund für den Kaiserschnittwunsch schon angstmotiviert ist. Grundsätzlich scheint dies für sie dennoch eine mögliche Gestaltungsoption zu sein. Auch nachfolgende Interviewpassage mit einer Assistenzärztin weist darauf hin, dass im klinischen Weiterbildungsalltag ärztliche Einflussnahme durch „*hart[e]*“ (I5, AÄ, Z. 341), angstausslösende Risikodarstellung in Interaktionen mit Schwangeren mit Kaiserschnittwunsch als denkbarer Gestaltungsweg erlebt wird.

*„Man könnte ihnen ja Angst machen und sagen dann so, ich bin mir sicher, dass es kein Problem wäre, denen das auszureden. Aber es könnte ja sein, dass in der, auch in der normalen Geburt die Situation kommt, wo sie einen Kaiserschnitt brauchen. Und der Angst wollte ich auch niemanden aussetzen, dass ich ihn so hart aufgeklärt habe, dass er dann hinterher keinen Kaiserschnitt will. Also, ich glaube, es gibt auch Leute, die sagen, das ist mir alles egal, die hören dann halt weg und so, aber sind mit Sicherheit nicht richtig über die Risiken aufgeklärt“* (I5, AÄ, Z.336-345).

Gleichzeitig zeigt sich die Ambivalenz der Assistenzärztin gegenüber dieser Vorgehensweise. Die Interviewte weist allerdings nicht – wie die zuvor zitierte Oberärztin – auf eine ethische Problematik hin, sondern äußert die Befürchtung mit einer entsprechend harten Aufklärung, die Einwilligung der Nutzerin in eine eventuell nötig werdende sekundäre Schnittentbindung zu gefährden. Ferner formuliert sie ihre Erfahrungen über das Scheitern von Risikoaufklärung und verweist auf Nutzerinnen, die nicht zuhören und (deshalb) „*mit Sicherheit nicht richtig über die Risiken aufgeklärt [sind]*“ (I5, AÄ, Z.344-345). Eine Reflexion über die Bedeutung des eigenen (paternalistischen) Vorgehens ist nicht erkennbar.

### **Unklare Risikoaufklärung**

Bei der zweiten Art von Interaktionsgestaltung unter dem Aspekt Aufklärung steht wiederum die ärztliche Darstellung von möglichen Risiken und Gefahren im Mittelpunkt des Geschehens. Im Gegensatz zur ärztlichen Einflussnahme mittels Abschreckung und Angsterzeugung zeigen sich in dem diesen Abschnitt zugeordneten Interviewmaterial keine Hinweise auf eine eindeutige handlungsleitende Intention bei der Aufklärung seitens der ÄrztInnen. Es finden sich unterschiedliche Auffassungen von Risikoaufklärung und Beschreibungen von deren (Aus-)Gestaltung.

*„Und dann werden sie eben intensiver aufgeklärt, über die Risiken“ (I2, OA, Z.65-66).*

Diese knappe Antwort eines Oberarztes auf die Frage nach seinen Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ lässt vermuten, dass seiner Gestaltung von Aufklärung eine „Sectio-Standardversion von Nutzerinneninformation“ zugrunde liegt, die bei Bedarf einen „*intensiv[.]*“ (I2, OA, Z.65) erweiterten „Textbaustein“ über Risiken enthält. Dies kann wieder im Sinne einer so genannten „harten Aufklärung“ paternalistischer Prägung verstanden werden.

Bei dem folgend zitierten Oberarzt stehen ebenfalls Risiken einer Kaiserschnittoperation im Zentrum des Aufklärungsgespräches. Diese werden aber *„nicht in den schlimmsten Farben“* ausgemalt (I4, OA, Z.138), stattdessen erfolgt die Kontrastierung mit einem *„positive[n vaginalen] Geburtserlebnis“* (I4, OA, Z.135) und der Schwangeren werden alternative Interventionen (zur Bekämpfung von Wehenschmerzen) aufgezeigt:

*„Wenn man da, also, da versuchen wir schon, oder versuche ich auch Aufklärungsarbeit zu leisten, dann eben alles aufzuzählen, was Schmerzen nehmen, erleichtern kann, versuche dann auch das Positive in den Vordergrund zu stellen, eben das positive Geburtserlebnis und eben das tolle Gefühl hinterher denn auch sagen zu können, ich hab es geschafft, ja? Gut, gleichzeitig dann eben auch die Risiken des Kaiserschnittes zu erwähnen, nicht in den schlimmsten Farben, aber doch zu sagen, dass das Narkoserisiko besteht, dass es da auch Todesfälle gibt. Dass dann aber auch, wenn man einen Kaiserschnitt gemacht hat, eben halt eine Narbe am Bauch und auch an der Gebärmutter ist, was für weitere Schwangerschaften ja nachgewiesenermaßen in Einzelfällen doch ernsthafte Komplikationen bedeuten kann, ja?“ (I4, OA, Z.131-144).*

Für den Befragten scheint diese Interaktionsgestaltung eine thematisch breiter aufgestellte Arbeitsleistung darzustellen, als dies aus den bisher aufgeführten Zitaten ab-

geleitet werden kann. Dennoch fokussiert sein Vorgehen auf ein alleiniges ärztliches Handeln: „ (...) *dann eben alles aufzuzählen (...)*“ (I4, OA, Z.132-133), eine Partizipation der Schwangeren in der geschilderten Sequenz der Entscheidungsfindung für einen Geburtsmodus ist jedenfalls nicht ersichtlich. Zudem fällt auf, dass der Arzt mehrfach von dem Versuch einer Aufklärung spricht. Folglich ist denkbar, dass damit eine Unsicherheit zum Ausdruck kommt, ob die gewählte Art der Darstellung von entsprechenden Inhalten für die Nutzerin verstehbar ist.

Eine ähnliche Vorgehensweise kann bei folgendem Zitat einer Assistenzärztin geschlussfolgert werden, hier wird die Problematik verstehbare ärztliche Informationsvermittlung anhand der Darstellung von Risikohäufigkeiten thematisiert:

*„Also, darauf zu sagen, zu zeigen, was selten ist, ist selten, was häufig ist, ist häufig. Oder dass auch Inkontinenz auch durch Schwangerschaft alleine auftreten kann, also, da gibt es ja auch Studien. Oder ja, also, auch Schmerzen gibt es dann beim Kaiserschnitt danach. Und wie lange die Frauen brauchen zum Teil, um wieder auf die Beine zu kommen. Und ja, auch welche Risiken es gibt, auch beim Kaiserschnitt. Die Verletzungen, die Blutungen“* (I6, AÄ, Z.184-191).

Das Verständnis von Interaktionsgestaltung durch Aufklärung als einen primären Akt von (monologischer) ärztlicher Informationsvermittlung scheint für die ärztlichen Professionellen auch mit einem – individuell unterschiedlich, mehr oder weniger groß erlebten – Unsicherheitsfaktor behaftet zu sein, inwieweit die Nutzerin tatsächlich dem „[Ge]sag[t]en“ (I6, AÄ, Z.184) folgen kann oder das „[A]uf[ge]zähl[t]e“ (I4, OA, Z.133) verstehen kann. Eine weitere Interviewpassage veranschaulicht dies:

*„Ja, also, entweder sind das welche, die das so abtun, ja, ja, es kann überall was passieren. Also, da gar nicht weiter drauf eingehen und das, denke ich, für sich auch nicht registriert haben, dass es auch ihnen passieren kann. Ja, oder sie sind völlig geschockt, ist jetzt übertrieben, aber die da so ganz, wie, da gibt es Risiken? Und die Blase kann verletzt werden? Blut, also Blut will ich auf keinen Fall haben. Und wenn man denen dann erklärt, dass man das eben nicht im vorhinein festlegen kann, dann kommt es tatsächlich noch mal zum Nachdenken. Wobei ich das bisher auch selten erlebt hab, dass sie dann umschwenken. Weil wir natürlich auch nicht so aufklären, dass das alles passieren muss, sondern schon auch vorsichtig sind und, na ja, und dann wird das ein bisschen herabgespielt wieder. Aber die in dem Moment erstmal völlig baff sind, dass so ein Eingriff auch für sie Risiken haben kann“* (I13, FÄ, Z.262-276).

Die Reaktionen der Nutzerinnen auf entsprechend gestaltete Aufklärungen werden von der Fachärztin als „[N]icht registrier[en]“-Wollen (I13, FÄ, Z.264) bis hin zu

„[V]öllig geschockt“-Sein (I13, FÄ, Z.266) beschrieben. Mit Blick auf dieses Zitat bleibt ferner festzuhalten, dass es neben einer so genannten „harten Aufklärung“ (vgl. I2, OA) ein vielfältiges Spektrum an moderateren Darstellungsmöglichkeiten von potentiellen Risiken zu geben scheint, das von der Interviewten mit Begriffen wie „vorsichtig“ (I13, FÄ, Z.273) und sogar „herabgespielt“ (I13, FÄ, Z.274) bezeichnet wird. Dennoch nimmt die Ärztin auch bei Anwendung dieser „weich(er)en Aufklärungsstrategien“ ihr Gegenüber als „völlig baff“ (I13, FÄ, Z.275) wahr. Die beschriebenen Reaktionen der Nutzerinnen können auf eine starke Verunsicherung derer schließen lassen und unterstützen sicherlich nicht ihre Teilhabe an der Entscheidungsfindung (durch beispielsweise aktives Nachfragen). Daraus resultiert letztlich eine unklare Situation für alle beteiligten AkteurInnen. Für ärztliche Professionelle bleibt bei dieser Interaktionsgestaltung unklar, ob die von ihnen derart durchgeführte Aufklärung überhaupt dazu beiträgt, medizinische Sachverhalte für Schwangere transparenter und verstehbar zu machen und somit schlussendlich Gefahr läuft, forensischen Ansprüchen nicht zu genügen. Jenseits formaljuristischer Anforderungen scheint diese Form der (Risiko-)Aufklärung letztlich nur geringes Potential an ärztlicher Einflussnahme in der Entscheidungsfindung für einen „Wunschkaiserschnitt“ aufzuweisen.

### **Aufklärung als ergebnisoffener Kontakt**

Informationsvermittlung steht auch bei der dritten Vorgehensweise, die die Interviewten eng mit dem Begriff Aufklärung verbinden, im Zentrum der ärztlichen Interaktionsgestaltung. Thematisch erfolgt jedoch keine so auffällige Fokussierung auf die Risiken einer Kaiserschnittoperation.

*„Ich würde immer sagen, ich mache jetzt nicht einfach nur den Kaiserschnitt, weil eine Frau kommt und sagt, ich will einen Kaiserschnitt und stelle mich dann hin und mache das, sondern dazu gehört schon ein ausführliches Aufklärungsgespräch, indem man eben auch alles anspricht. Also, ich bemühe mich, das natürlich möglichst nicht wertend zu führen. Klar hat man eine eigene Vorstellung davon, und ich selber bin schon der Meinung, dass alles was spontan geht sollte auch, die Kinder sollten auch spontan geboren werden“ (I14, OÄ, Z.235-243).*

Die Oberärztin spricht in dieser Interviewpassage explizit von einem *Aufklärungsgespräch*“ (I14, OÄ, Z.238), dies kann als Bereitschaft verstanden werden, Schwangere aktiv an der Entscheidungsfindung beteiligen zu wollen. Neben der (mutmaßlichen) Abkehr von ausschließlich monologischer Gestaltung der Interaktion zeigt sich auch der Anspruch der Ärztin „ausführlich[...] (...) alles an[zu]spr[e]ch[en]“ (I14, OÄ, Z.238-239). Es kann davon ausgegangen werden, dass potentielle Risiken einer Schnittentbindung nicht den zentralen Gegenstand der Aufklärung bilden und Raum für weitere inhaltliche Aspekte bei der Entscheidungsfindung für einen Geburtsmodus



vorhanden ist. Die Befragte betont dass, sie sich „*bemüh[t]*“ (I14, OÄ, Z.239) das Aufklärungsgespräch als einen dialogischen und ergebnisoffenen Kontakt zu gestalten und ihre eigene inhaltliche Positionierung „*möglichst nicht wertend*“ (I14, OÄ, Z.240) einfließen zu lassen.

Gefragt nach ihren Gestaltungsmöglichkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung für eine Geburtsart fokussiert eine Fachärztin nicht auf die Darstellung von Operationsrisiken, sondern stellt verschiedene analgetische Optionen in den Vordergrund. Es finden nicht nur (schul-)medizinische ärztliche Interventionen Erwähnung, es werden auch (Be-)Handlungsmöglichkeiten durch Hebammen angesprochen.

*„Dann erst erzählt man, welche Möglichkeiten hat man, dass man die Schmerzen nimmt, dass es nicht nur diese PDA, auch verschiedene andere Schmerzmittel gibt. Auch was die Hebammen machen, Akupunktur, Aromatherapie, eventuell Bad. Dann muss die Frau wissen, welche Möglichkeiten hat man. Sicher das Gespräch, das ist auch unter anderem viel wert“* (I10, FÄ, Z.107-113).

Es kann zwar eine (zunächst) monologische Aufzählung analgetischer Alternativen vermutet werden, letztlich kommt die Ärztin dennoch zu dem Schluss, dass schon allein das Gestaltungsmittel „*Gespräch*“ (I10, FÄ, Z.112) „*viel wert [ist]*“ (I10, FÄ, Z.113). Offen bleibt, ob die Fachärztin darunter eine tatsächliche dialogisch gestaltete Interaktion versteht, zumindest lässt die Betonung „*die Frau [muss] wissen, welche Möglichkeiten [man] hat*“ (I10, FÄ, Z.111-112) eine gewisse Ergebnisoffenheit vermuten.

Bei der Gestaltungsweise „Aufklärung als ergebnisoffener Kontakt“ rückt der Begriff „Gespräch“ stärker in den Vordergrund der Handlungsbeschreibungen. In derartig geschilderten Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern, wird Aufklärung nicht (nur) als ein Akt von ärztlicher Informationsvermittlung von potentiellen Komplikationen und Risiken einer Entbindungsart verstanden. Die inhaltliche Ausrichtung eines Aufklärungsgespräches erscheint bei den hier zitierten Ärztinnen breiter aufgestellt. Zudem lassen die Zitate vermuten, dass die entsprechenden Interaktionen Elemente von dialogischer Kommunikation zwischen Nutzerinnen und ärztlichen Professionellen aufweisen und Aufklärung als ein ergebnisoffener Kontakt angesehen wird.

### **5.3.3 (Beziehungs-)Gestaltung qua Kommunikation**

Bei Analyse des Datenmaterials lassen sich weitere ärztliche Interaktionsgestaltungen schließlich einer dritten Kategorie zuordnen, die als „(Beziehungs-)Gestaltung qua Kommunikation“ bezeichnet werden kann. Der dialogische Gestaltungscharakter

erscheint bei diesen Interaktionen wesentlich stärker ausgeprägt und kann sowohl von einer autoritären, direktiv-ärztlichen Gestaltung als auch von einer vorrangig durch ärztliche Informationsvermittlung bestimmten Gestaltung abgegrenzt werden. Die „kommunikative“ ärztliche Interaktionsgestaltung lässt sich wiederum in drei Ausrichtungen – mit möglichen Überschneidungen – einteilen. Gemeinsam ist allen, dass die Artikulation der Nutzerinnenposition an Raum und Bedeutung gewinnt, ein interpersonaler Austausch stärker in den Mittelpunkt des Geschehens rückt und damit ein hohes Potential an gemeinsamer Entscheidungsfindung gegeben zu sein scheint.

In der ersten Ausrichtung von Interaktionen kommunikativer Prägung nehmen die Komponenten Fragen und Zuhören seitens der ÄrztInnen einen hohen Stellenwert ein. Bei der zweiten Ausrichtung weisen die Aussagen der Interviewten insbesondere auf die Relevanz der verbalen Vermittlung von Akzeptanz und Unterstützung der Nutzerinnen hin. Hingegen betonen die Befragten bei der dritten Ausgestaltungsweise zunehmend die Bedeutung einer nonverbalen Kommunikation zur Schaffung eines Vertrauensverhältnisses zwischen den AkteurlInnen.

#### **(Nach-)Fragen und aktives Zuhören**

Statt „harte[r]“ (I5, AÄ, Z.479), ärztlicher Darstellung potentieller Operationsrisiken rückt der Gesprächsanteil der Schwangeren in den Vordergrund der Interaktionsgestaltung. Die nachfolgende Aussage verdeutlicht, dass die zitierte Assistenzärztin das Konzept von Aufklärung als vorrangig ärztliche Informationsweitergabe kritisch reflektiert und zu dem Schluss gelangt, dass eine Entscheidung über den Geburtsmodus einer „umfassender[en]“ (I5, AÄ, Z.478) Ausgestaltung bedarf.

*„Vielleicht ist das, was wir machen müssen, jemanden dann tatsächlich aufzuklären, aber das halt auch etwas umfassender zu machen. Damit meine ich jetzt keine harte OP-Aufklärung. Sondern eben vielleicht ein bisschen so wie, wie wir das auch machen in der Klinik, dass man den Leuten Zeit gibt und sie mit verschiedenen Leuten sprechen lässt und mal rauskriegt, was ist das eigentlich, warum, was ist eigentlich der Hintergrund“ (I5, AÄ, Z.477-483).*

Als wesentliche Gestaltungsmittel hierfür benennt die Ärztin das Erfragen des Hintergrunds für den Wunsch nach Schnittentbindung sowie die Schaffung von Zeit und Raum um eine entsprechende Explikation zu ermöglichen. Das (Nach-)Fragen ist hier weniger im Sinne einer motivationalen Rechtfertigung zu verstehen, sondern ist als ein Kommunikationsinstrument zu werten, welches Verstehen und Nachvollziehen der Position der Nutzerin erst ermöglichen kann.

Für ein diesbezügliches Verständnis ist folgerichtig Zuhören seitens ärztlicher Professioneller von essentieller Bedeutung.

*„Frauen haben ja ganz normale Ängste. Also ich höre zum Beispiel immer wieder Frauen, die mich fragen, was ist mit Schmerzen. Ganz normale, aber berechtigte Angst auch. Das muss man dann aber auch adäquat beantworten und nicht, indem man sagt, ach, ist nicht so schlimm“ (I18, CA, Z.213-217).*

Dieses – auf den ersten Blick banal erscheinende – Zitat eines Chefarztes stellt eine der wenigen Interviewsequenzen im vorliegenden Datenmaterial dar, die „Höre[n]“ (I18, CA, Z.214) als eine aktive ärztliche Handlung beschreibt. In dieser Aussage können das Benennen der Nachvollziehbarkeit von Angst vor Wehenschmerzen als „berechtigte“ (I18, CA, Z.215) Befürchtung sowie der geäußerte Anspruch „adäquat[er]“ (I18, CA, Z.216) ärztlicher Reaktion darauf als Elemente aktiven Zuhörens gedeutet werden. Das Erfassen des (Erfahrungs-)Hintergrundes der Nutzerinnen, die durch Kaiserschnitt entbinden wollen, und eine angemessene (wertfreie) ärztliche Reaktion werden auch im folgenden Zitat einer Oberärztin als eine zentrale Komponente der Interaktionsgestaltung benannt.

*„Ja, dass man auch schon zeigt, dass man das ernst nimmt, und das nicht alles vom Tisch wischt und sagt, das ist ja alles Blödsinn, und welcher Idiot hat Ihnen denn das erzählt?“ (I7, OÄ, Z.531-533).*

Adäquates ärztliches Handeln bedeutet für die Befragte, Nutzerinnen die Artikulation ihrer Positionierung zu ermöglichen und eine Offenheit dieser gegenüber zu zeigen. Im weiteren Verlauf beschreibt die Ärztin wie ein solches Vorgehen sich auf (sie und) die Entscheidung für eine Entbindungsart auswirken kann:

*„Mein Wunsch ist es ja auch, dass die Frauen letztlich einfach zufrieden mit ihrem Kind nach Hause gehen. Und wenn es für die Frau der bessere Weg ist, es gibt da wirklich so Frauen, die sagen, ich hatte letztes Mal einen Kaiserschnitt, das war so super, und das will ich wieder. Okay, dann war es für diese Frau offensichtlich, die hat anscheinend nicht drunter gelitten, dass ihr das natürliche Geburtserlebnis fehlt, sondern die fand es einfach prima. Und dann finde ich es auch schwierig, wenn ich mich hinstelle und mir anmaße und sage, ja, aber natürliche Geburt ist viel besser“ (I7, OÄ, Z.1014-1023).*

Durch Stellen offener Fragen sowie Offenheit seitens ärztlicher Professioneller für die Antworten gewinnt die (partizipative) Beziehungsebene im Kontakt zwischen den AkteurInnen an Bedeutung. Die Ärztin kann in dem geschilderten Fallbeispiel die Entscheidung der Schwangeren nachvollziehen. Eine Bewertung nach einem dichotomen „Falsch-Richtig-Konzept“ mit Verweis auf die eigene fachärztliche Expertise wird – trotz gegenteiliger Überzeugung der Interviewten – bewusst unterlassen.

### **Akzeptanz und Unterstützung**

Der Aspekt von Akzeptanz wird in Zitaten, die der zweiten Ausrichtung der Interaktionsgestaltung kommunikativer Prägung zugeordnet werden können, von den Interviewten verstärkt betont. Die ÄrztInnen verbinden damit stark ein unterstützendes ärztliches Handeln. Als Voraussetzung für ein entsprechendes Handeln wird hervorgehoben, dass es zunächst Schwangeren mit dem Wunsch nach Schnittentbindung ermöglicht werden muss, offen über ihre diesbezügliche Position zu sprechen:

*„Aber meistens ist es so, dass die Frauen dann doch mindestens zu dem Punkt kommen, wo die Frauen sagen, okay, dann warten wir die Wehen ab erstmal, ich lass mich da jetzt erstmal drauf ein und immer mit der Option, dass man dann sagt, okay, wenn es dann aber überhaupt gar nicht geht, dann gibt es ja noch diese andere Möglichkeit. Einfach mit der Sicherheit im Kopf, sie hat das Problem geäußert, und wir wissen davon, aber trotzdem kann sie sich jetzt erstmal drauf einlassen und wir halten das Sicherheitsnetz sozusagen drunter, sie ist nicht ganz alleine gelassen mit dem, mit diesem grundsätzlichen Wunsch zur Sectio. Sie lässt sich da erstmal drauf ein und hat aber den Rückhalt, dass wir sagen, okay, wir wissen, dass sie das, dass sie eigentlich denkt, sie kann das nicht, und wenn es sich dann auch zeigt, dass sie das nicht kann, dann geht es in den OP“ (I5, AÄ, Z.239-253).*

In dieser Interviewpassage berichtet eine Assistenzärztin, welche Bedeutung sie dem zumisst, Nutzerinnen zu vermitteln, dass ihre Ausführungen gehört sowie verstanden worden sind und in das zu planende Entbindungsprocedere einfließen. Die Ärztin erlebt im Kontakt mit Nutzerinnen, dass diese sich dadurch oftmals doch auf einen vaginalen Geburtsversuch „einlassen“ (I5, AÄ, Z.247) können, sich dabei „nicht (...) alleine gelassen“ (I5, AÄ, Z.248) fühlen und die so vermittelte grundsätzliche professionelle Akzeptanz ihres Kaiserschnittwunsches als „Sicherheit“ (I5, AÄ, Z.245) und „Rückhalt“ (I5, AÄ, Z.250) fungiert. Noch deutlicher wird die Akzeptanz der Entscheidung der Nutzerinnen für einen „Wunschkaiserschnitt“ in folgendem Zitat:

*„Das Vertrauen in die Personen, das ist ganz wichtig. Das Vertrauen und zwar nicht überheblich, ich sag jetzt mal den Arzt rauskehren, sondern helfen, also einfach sagen, wir werden für Sie da sein, ja? Und auch wenn Sie sich entscheiden so, wie wir es vielleicht nicht so gern wollen, wir werden trotzdem für Sie da sein. Das verursacht bei denen ein Vertrauensgefühl und das eventuell lässt sie da doch die Entscheidung überlegen“ (I18, CA, Z.402-408).*

Explizit bringt der befragte Chefarzt zum Ausdruck, dass die Position der Schwangeren bei ihm – trotz seines gegenteiligen Standpunkts – Unterstützung findet. Die

Gestaltung einer (partizipativen) Beziehungsebene tritt in den Vordergrund des Geschehens und wird auch direkt benannt: „*nicht überheblich [-Sein], ich sag jetzt mal den Arzt rauskehren*“ (I18, CA, Z.403-404). Dies kann als professionelles Bestreben gedeutet werden, die Asymmetrie zwischen den AkteurInnen in der hierarchisch-strukturellen geburtsklinischen Versorgungssituation, so weit wie möglich, egalisieren zu wollen. Die Bedeutung der interpersonalen Beziehungsebene wird zudem hervorgehoben, indem der Interviewte insbesondere die Wichtigkeit eines Vertrauensverhältnisses zwischen den AkteurInnen betont. Der Chefarzt berichtet schließlich von seinen Erfahrungen, dass auf der Basis eines solchen Vertrauensverhältnisses manche Nutzerinnen ihre Entscheidung für eine Sectio nochmals überdenken.

In dieser Interaktionsform nutzen die FrauenärztInnen das Gestaltungsmittel verbale Rückmeldung um ihre professionelle Offenheit und Akzeptanz hinsichtlich der Position der Nutzerinnen zu verdeutlichen, gleichwohl fließt bei diesem Vorgehen auch die Darstellung ihrer eigenen Sichtweise mit ein. Die Vermittlung von aktiver Teilhabe an der Entscheidungsfindung spiegelt sich nicht nur auf der inhaltlichen Ebene des Entscheidungsprozesses für eine Entbindungsart wider. Gleichzeitig finden sich in den jeweiligen Interviewpassagen Hinweise, dass von den ÄrztInnen eine partizipative Beziehungsgestaltung reflektiert und aktiv angestrebt wird. Bei Kongruenz von Inhalts- und Beziehungsaspekten in Interaktionen dieser kommunikativen Prägung berichten die Befragten von einem hohen Grad wahrgenommener Unterstützung bei Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern. Eine vertrauenstiftende Beziehungsgestaltung scheint somit ein wesentliches Element von Unterstützung im Sinne von Nutzerinnenorientierung darzustellen, die gleichsam bei Schwangeren zu bewirken scheint, ihren Standpunkt für professionelle Einlassungen zu öffnen. Die Art und Weise des Informationsaustausches zwischen den Beteiligten findet hierbei unter GesprächspartnerInnen – im besten Sinne des Wortes – statt.

Eine Assistenzärztin bringt eine entsprechende Akzentuierung ärztlichen Handelns wie folgt zum Ausdruck:

*„Und ja, manchmal lieber einen Ultraschall weniger und dafür ein Gespräch mehr“*  
(I6, AÄ, Z.379-380).

### **Vertrauen(sbildung) durch Zuwendung**

Die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses zwischen den beteiligten AkteurInnen steht im Fokus des in diesem Abschnitt geschilderten ärztlichen Handelns. Bei dieser Interaktionsausrichtung von wird von Interviewten eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung als das zentrale Element im Prozess der Entscheidungsfindung für einen „Wunschkaiserschnitt“ beschrieben. Parallel dazu scheinen die Inhaltsaspekte in der Kommunikation mit Nutzerinnen zunehmend in den Hintergrund zu rücken.

*„Ich nehme sie grundsätzlich ernst damit. Denn, und versuche erstmal, ihnen die Ängste auch zu nehmen. Indem ich mit ihnen die Möglichkeiten bespreche, die Risiken auch bespreche. Weil manchmal sind es ja denn, ich hab Angst, dass es meinem Kind schlecht geht, und das CTG war doch jetzt gerade schon mal unten, und das kann doch nicht sein, und jetzt hören Sie auf oder so was. Und wobei das Gespräch also die Worte, die produziert werden dabei, häufig nicht eben, nicht das sind, womit man so eine Situation irgendwie auffangen kann, sondern eben oft ja die Zuwendung und das, so eine, ich hab immer so, ich versuche, denen so ein bisschen dieses Grundvertrauen zu geben, was ihnen offensichtlich fehlt. Und manchmal klappt es, und das ist dann schön“ (I5, AÄ, Z.181-193).*

Die Interviewte spricht zunächst davon, dass sie Schwangere, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern „grundsätzlich ernst [nimmt]“ (I5, AÄ, Z.181). Die weitere Aussage kann allerdings so gedeutet werden, dass die Assistenzärztin generell von einem angstmotivierten Hintergrund ausgeht, andere Beweggründe scheinen in ihrer Erfahrungswirklichkeit nicht zu existieren. Im Folgenden beschreibt sie den „Versuch“ (I5, AÄ, Z.181, 182) Schwangeren diese (vermeintlichen) „Ängste (...) zu nehmen“ (I5, AÄ, Z.181-182), indem sie mögliche Optionen (es bleibt unklar, ob damit weitere Entbindungsarten, diverse Analgesiemöglichkeiten oder auch ein anderes geburtsklinisches Setting gemeint sind) und potentielle Risiken (auch hier werden die Risiken nicht genauer expliziert) bespricht. Der Interviewsequenz ist jedoch zu entnehmen, dass die Assistenzärztin „häufig“ (I5, AÄ, Z.188) erlebt, mit diesem Vorgehen zu scheitern. Mit Blick auf die Formulierung einer – eigentlich zur Verdeutlichung eingefügten, aber nur schwer verstehbaren – fallbeispielhaften Passage<sup>178</sup> könnte eine mangelnde Kompetenz von (alltags-)sprachlicher Transformation medizinischen Fachwissens bei der Interviewten im Gespräch mit Schwangeren vermutet werden<sup>179</sup>. Die Erfahrung des Scheiterns auf inhaltlicher Gesprächsebene – laut der Ärztin sind es nur „Worte, die produziert werden“ (I5, AÄ, Z.188) – lässt sie zur Schlussfolgerung gelangen, dass weniger Vermittlung von Inhalten in der Kommunikation mit Nutzerinnen von Bedeutung für Vertrauensbildung sei, als eine grundsätzlich von Zuwendung geprägte nonverbale Interaktionsgestaltung. Letztlich bilanziert

---

<sup>178</sup> Die Assistenzärztin schildert in der fallbeispielhaften Passage mutmaßlich eine geburtsklinische Situation, in der eine CTG-Kontrolle bei einer Schwangeren in dem Moment beendet wird, als sich der aufgezeichnete kindliche Herzschlag in einem Bereich unterhalb der Normfrequenz befindet. Das Unverständnis der Schwangeren über die Beendigung der Kardiotokographie an dieser Stelle und die daraus resultierende Sorge über den (vermeintlich schlechten) Zustand des Kindes vermag die Interviewte auf einer inhaltlichen (Aufklärungs-)Ebene (hinsichtlich der begrenzten Aussagekraft dieser diagnostischen Intervention und deren Interpretationsspielräume) anscheinend nicht aufzulösen.

<sup>179</sup> Zugleich sollte aber auch in Betracht gezogen werden, dass die geringe Explikation der Sachverhalte dem Status der Interviewerin als Co-Expertin geschuldet sein kann.

die Ärztin jedoch, dass diese Form der Interaktionsgestaltung nur „*manchmal klappt*“ (I5, AÄ, Z.189).

Im folgenden Zitat wird die „Besprechung“ mit einer Schwangeren mit Kaiserschnittwunsch ebenfalls vorrangig als vertrauensbildende Maßnahme geschildert:

*„Ja, und wenn man das dann in Ruhe mit der Patientin bespricht, ist es in den meisten Fällen eigentlich so, dass das zerplatzt wie eine Seifenblase, dass sie sich dann doch Gedanken machen, und dass sie dann auch Vertrauen fassen vielleicht zu der Person, die da mit ihnen spricht“* (I17, FÄ, Z.172-177).

Schwangere scheinen sich in dieser Art der Interaktionsgestaltung wieder verstärkt in der klassischen „*Patientin*“-rolle (I17, FÄ, Z.173) zu befinden, es sind keine Aspekte aktiver Teilhabe an Entscheidungsfindung zu erkennen, ein wechselseitiger Austausch von Informationen und Standpunkten ist nicht feststellbar. Die Fachärztin nimmt die Nutzerin nicht als Gegenüber in einem partnerschaftlichen Entscheidungsprozess wahr, sondern beschreibt ein Bild von einer Schwangeren, die sich zuvor keine Gedanken über ihre Entscheidung gemacht hat oder deren diesbezügliche Vorannahmen durch die Besprechung „*wie eine Seifenblase [zerplatzen]*“ (I17, FÄ, Z.174). Dennoch hält die Ärztin an der Interaktionsrelevanz von Vertrauen zwischen den AkteurlInnen fest und hofft, dass „*vielleicht*“ (I17, FÄ, Z.176) eine Besprechung „*in Ruhe*“ (I17, FÄ, Z.173) bei ihrem Gegenüber als ausreichende Zuwendung hierfür Vorschub leistet.

Auch im folgenden Zitat wird das Gespräch als Mittel zur Schaffung eines Vertrauensverhältnisses angeführt:

*„Und ich denke, wenn man in so einem Gespräch auch Vertrauen schaffen kann, dass Frauen sich oft leiten lassen können oder sich aufgehoben fühlen, dann können sie sich eher drauf einlassen“* (I14, OÄ, Z.121-124).

Die konkrete (Aus-)Gestaltung der Inhalts- und Beziehungsebene durch die Oberärztin in Interaktionen mit Nutzerinnen bleibt in dieser Aussage zwar unklar, es wird allerdings deutlich, welche Ambivalenz in einem in diesem Kontext angewandten Vertrauensbegriff liegen kann. Aus der Sicht der Interviewten stellt Vertrauen eine zentrale Voraussetzung dar, Nutzerinnen der geburtsklinischen Versorgung „*leiten*“ (I14, OÄ, Z.123) zu können, eine ärztliche Bereitschaft für eine partizipative Entscheidungsfindung erscheint nicht primär handlungsleitend zu sein. Gleichwohl erlebt die Befragte, dass sich Nutzerinnen in einem benevolenten Vertrauensverhältnis „*aufgehoben fühlen*“ (I14, OÄ, Z.123) können und dass auch Schwangere mit Kaiserschnittwunsch eine derartige Interaktionsgestaltung präferieren können.

Bei ärztlicher Interaktionsgestaltung der Ausrichtung „Vertrauen(sbildung) durch Zuwendung“ wird von den FrauenärztInnen die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses als das zentrale Element angeführt. In den entsprechenden Interviewpassagen bleibt jedoch weitgehend offen, welche konkreten ärztlichen Handlungen die Interviewten unter Zuwendung verstehen. Es finden sich Hinweise, dass die ÄrztInnen mit dem Begriff Zuwendung die „Ausstrahlung von Zuversicht“ (vgl. I5, AÄ, Z.190-192) oder „Sich-Zeit-nehmen“ (vgl. I17, FÄ, Z.173) in Verbindung bringen. Derartig geschilderte Interaktionen scheinen aber auch Gefahr zu laufen, eine Asymmetrie zwischen den AkteurInnen zu befördern. Beispielsweise scheinen die Aspekte „Nutzerinnen-Zeit-zu-geben“ aktiv (inhaltlich) an der Entscheidung teilzuhaben sowie professionelle Offenheit gegenüber der Position der Frauen mit Kaiserschnittwunsch nunmehr in den Hintergrund des Geschehens zu treten. Diese Form der (Über-)Betonung und des zielgerichteten – die Entscheidung vorwegnehmenden – Einsatzes von nonverbalen Kommunikationsmitteln kann einem benevolenten Paternalismus zugeordnet werden. Gleichzeitig erscheint jedoch vorstellbar, dass auch (einige) Schwangere, die den Wunsch nach einer Schnittentbindung an ärztliche Professionelle richten, eine derartige Interaktionsgestaltung als nutzerinnenorientiert und unterstützend empfinden können.

#### **5.3.4 Resümee – „(...) dadurch dass man Arzt ist, [und] einen Kittel trägt<sup>180</sup>“ zu „(...) lieber einen Ultraschall weniger und dafür ein Gespräch mehr.<sup>181</sup>“**

Anhand der durchgeführten ExpertInneninterviews ist untersucht worden, welche klinikärztlichen Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess für einen Kaiserschnitt auf Wunsch sich aus den geschilderten Sicht- und Handlungsweisen erkennen lassen. Der Begriff Einflussmöglichkeiten ist im Kontext der Forschungsfrage im Sinne von „Welche (Kommunikations-)Mittel wenden Interviewte an, um Nutzerinnen mit ihren (fachmedizinischen) Botschaften zu erreichen?“ zu verstehen. In engem Zusammenhang ist folglich die – dem überzuordnende – gesamte ärztliche Gestaltung der Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnittentbindung formulieren, anzusehen. Interaktion wird diesbezüglich als kommunikative Handlung zwischen den beteiligten AkteurInnen aufgefasst, die grundsätzlich eine Inhalts- und eine Beziehungsebene beinhaltet (vgl. Kapitel 3.3.3).

Nach Auswertung des vorliegenden Datenmaterials können ärztliche Interaktionsgestaltungen drei Kategorien zugeordnet werden. An dieser Stelle sei nochmals fest-

---

<sup>180</sup> I9, FÄ, Z.730-731

<sup>181</sup> I6, AÄ, Z.379-380

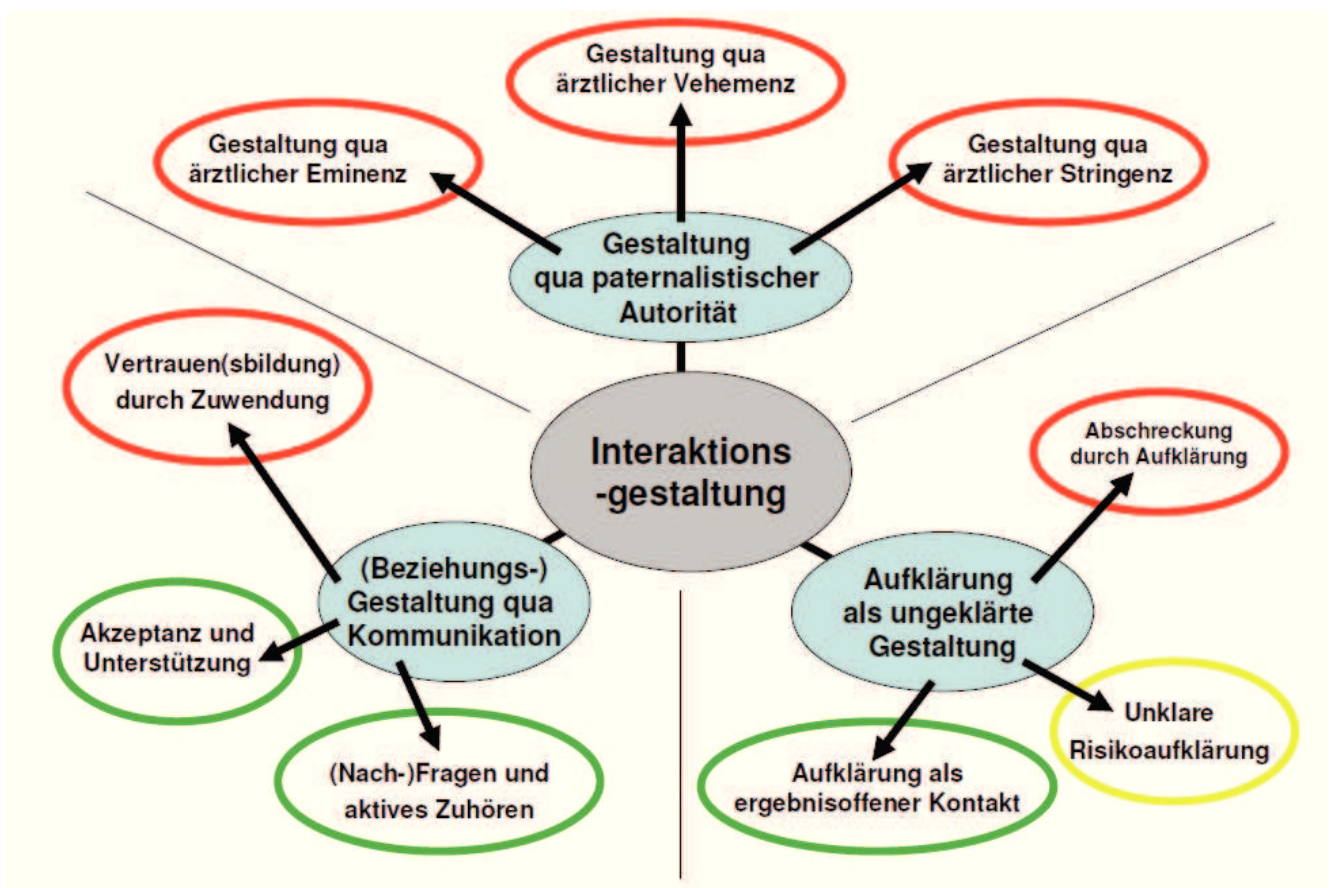


gehalten, dass diese Kategorisierung als Bildung zugespitzter Konstrukte anzusehen ist, im klinischen Arbeitsalltag der interviewten FrauenärztInnen kann das ärztliche Handeln – je nach subjektiver Einschätzung der Professionellen der jeweiligen Situation und ihres Gegenübers – durchaus fließende Übergänge und sogar deutliche Sprünge zwischen den einzelnen (Unter-)Kategorien aufweisen.

Mit Blick auf eine grundsätzliche Ausrichtung der ärztlichen Interaktionsgestaltung kristallisierten sich die Kategorien „Gestaltung qua paternalistischer Autorität“, „Aufklärung als ungeklärte Gestaltung“ und „(Beziehungs-)Gestaltung qua Kommunikation“ heraus. Unter Berücksichtigung der vorrangig eingesetzten Gestaltungsmittel konnten diese jeweils noch in drei Varianten unterteilt werden (vgl. Abb.1).

Abbildung 1:

Klinikärztliche Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“:



Bei der ärztlichen „Gestaltung qua paternalistischer Autorität“ wird die – schon im Rahmen der institutionell-geburtsklinischen Versorgungsstruktur vorhandene – Asymmetrie zwischen den AkteurInnen im Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ von den Professionellen unter Einsatz verschiedener Gestaltungsinstrumente noch verstärkt.

Das Inszenieren und Einsetzen des sozialen Machtstatus der ärztlichen Profession bildet bei der „Gestaltung qua ärztlicher Eminenz“ das vorrangige Mittel zur Herstellung eines autoritären Verhältnisses zwischen den AkteurInnen. Interaktionen mit NutzerInnen, die durch „ärztliche Vehemenz“ geprägt werden, zeichnen sich insbesondere durch einen direktiv-ärztlichen Gesprächsstil aus, der auf die Wirkmächtigkeit ärztlicher Überzeugungskraft setzt. (Vermeintlich wissensbasierte) Informationen werden in Form eindringlicher Belehrung vermittelt, um NutzerInnen zur Abkehr von ihrem Kaiserschnittwunsch zu bewegen. Bei der Interaktionsvariante „Gestaltung qua ärztlicher Stringenz“ findet hingegen eine Art Aushandlungsprozess statt, bei dem die motivationale Rechtfertigung der NutzerInnen für ihr Anliegen im Mittelpunkt des Geschehens steht. Das ärztliche (Ein-)Verständnis für die Durchführung einer Schnittentbindung wird vordergründig von einer (medizinischen) Nachvollziehbarkeit und einer (dadurch ermöglichten) Indikationsstellung abhängig gemacht. Diese Art ärztlicher Logik scheint an eine „systemverträgliche Argumentation“ gebunden, ein allgemeingültiger, fachlicher Konsens ist hierbei nicht erkennbar. Folglich unterliegen die – in diesem stringent-paternalistischen Aushandlungsprozess vorgetragenen – Beweggründe für einen „Wunschkaiserschnitt“ einer subjektiv-wertebasierten Beurteilung durch ärztliche Professionelle.

Eine ärztliche Idee oder Bereitschaft, NutzerInnen partizipativ an der Entscheidungsfindung teilhaben zu lassen, ist in diesen Interaktionen nicht zu erkennen. Vielmehr sind die, dieser Kategorie zugeordneten, ärztlichen Handlungen von einer Exklusion der NutzerInnen von diesem Prozess geprägt. Die inhaltliche Basis der Interaktion bildet ein polarisierender, geburtsmedizinischer Diskurs nach einem Richtig-Falsch-Prinzip, die Gestaltung der Beziehungsebene erfolgt nach dem paternalistischen Prinzip eines autoritären (Macht-)Verhältnisses.

Die zweite Kategorie weist von allen Kategorien die größte Spannbreite an Gestaltungsformen von Interaktionen auf. In allen Unterkategorien wird ärztliche Interaktionsgestaltung eng mit dem Begriff „Aufklärung“ in Verbindung gebracht. Übereinstimmend zeigt sich eine Auffassung, Aufklärung primär als ärztliche Informationsweitergabe an NutzerInnen anzusehen. Dennoch sind große Unterschiede festzustellen, die ärztlichen Ausgestaltungen reichen von „paternalistisch-autoritär“ über „indifferent-risikozentriert“ bis „ergebnisoffen-partizipativ“. Die Bezeichnung der Kategorie „Aufklärung als ungeklärte Gestaltung“ zollt diesem Umstand Rechnung.

Bei der Gestaltungsweise „Abschreckung durch Aufklärung“ steht die Arbeit mit angsterzeugenden Szenarien als Instrument der Einflussnahme im Vordergrund. Inhaltliche Aspekte der Interaktion fokussieren auf potentielle Risiken des „Wunschkaiserschnitts“, eine bewusst autoritär eingesetzte, abschreckende Darstellung dieser Inhalte prägt den Kontakt mit den Nutzerinnen auf der Beziehungsebene. Die handlungsleitende Intention, Nutzerinnen von ihrem Geburtsmoduswunsch abzubringen, ist offensichtlich. Im Gegensatz dazu ist bei der Interaktion „Unklare Risiko-aufklärung“ keine grundsätzliche handlungsleitende ärztliche Intention erkennbar, gleichwohl die Darstellung möglicher Risiken und Gefahren eines Kaiserschnitts hierbei ebenfalls im Zentrum der Inhaltsebene steht. Es zeigt sich jedoch ein vielfältiges Spektrum von angewandten Darstellungsmöglichkeiten, sie reichen von „hart-risikozentriert“ über „mit vaginalen Geburtserlebnissen positiv-kontrastierend“ bis hin zur „moderat-weichen“ Aufklärungsstrategien. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese Interaktionen mit einem hohen Grad an Unklarheit und Verunsicherung – sowohl auf Inhalts- als auch auf Beziehungsebene – aller beteiligten AkteurInnen einherzugehen scheinen. Bei der Gestaltungsweise „Aufklärung als ergebnisoffener Kontakt“ rückt eine zunehmend partizipative Ausformung der Beziehungsebene in den Vordergrund der Handlungsbeschreibungen. Zwar stellt die ärztliche Informationsvermittlung weiterhin eine wesentliche Komponente der Interaktionsgestaltung dar, parallel dazu finden sich jedoch auch Hinweise für eine (Ergebnis-)Offenheit auf der Inhaltsebene. Zudem erfolgt keine so auffällige Fokussierung auf mögliche Komplikationen und Risiken einer Kaiserschnittoperation und mit Blick auf eine möglichst partizipative Entscheidungsfindung für eine Entbindungsart wird thematisch von ärztlichen Professionellen ein breiterer Bereich abgedeckt.

Festzuhalten bleibt, dass die beiden Varianten der zweiten Kategorie, die als zentralen Inhalt auf eine Risiko-aufklärung fokussieren, letztlich nur ein geringes Potential an ärztlicher Einflussnahme im Prozess der Entscheidungsfindung aufzuweisen scheinen. In einer derartigen Darstellung von Risiko-aufklärung lässt sich wiederum eine enge Verbindung zu einer Vorstellung von „Falsch-Richtig-Entscheidungen“ bei den ÄrztInnen erkennen. Hingegen zeigt sich bei der dritten Variante der Herangehensweise an Aufklärungsgespräche ein stärker ausgeprägter dialogischer Charakter in beiden relevanten Interaktionsebenen.

In der dritten Kategorie wird von den Interviewten zunehmend ein partizipativer Charakter bei der Ausgestaltung der Beziehungsebene in Interaktionen betont. Die kommunikativen Aspekte der Interaktionsgestaltung scheinen vermehrt auf eine aktive Teilhabe der Nutzerinnen am Entscheidungsprozess abzielen. Die Kategorie „(Beziehungs-)Gestaltung qua Kommunikation“ kann somit deutlich von einer autoritären, direktiv-ärztlichen Gestaltung sowie von einer vorrangig durch ärztliche Informationsvermittlung bestimmten Gestaltung abgegrenzt werden. Der Explikation

der Nutzerinnenpositionen wird mehr Gewicht eingeräumt und ein interpersonaler Austausch rückt in das Zentrum des Geschehens.

In der ersten Ausrichtung der Interaktionsgestaltung kommunikativer Prägung wird ein partizipatives Handeln der Professionellen zunächst durch Stellen offener Fragen zur Positionierung der Nutzerinnen hinsichtlich des „Wunschkaiserschnitts“ deutlich gemacht. Dem (Nach-)Fragen liegt hierbei nicht die Intention einer motivationalen Rechtfertigung zugrunde, sondern es wird als Kommunikationsinstrument eingesetzt, um Verständnis für die Positionen der Nutzerinnen entwickeln zu können. Zudem beinhaltet ärztliches Handeln bei der Gestaltungsform „(Nach-)Fragen und aktives Zuhören“ eine Perspektive von Offenheit gegenüber Antworten der Nutzerinnen zu haben. Gleichzeitig zeigt sich der Anspruch, dies durch angemessene (wertfreie) ärztliche Reaktionen vermitteln zu wollen. Die genaue Ausgestaltung dieser Reaktionen bleibt allerdings sowohl auf der Inhalts- als auch auf der Beziehungsebene unklar. Die Interaktionsform „Akzeptanz und Unterstützung“ zeichnet sich demgegenüber dadurch aus, dass ärztliches Handeln zusätzlich mit einer expliziten und konkret verbalen Rückmeldung von professioneller Offenheit und Akzeptanz im Hinblick auf die Position der Nutzerinnen einhergeht. Gleichwohl scheint sich eine Darstellung der eigenen, möglicherweise konträren, professionellen Sichtweise nicht negativ auf eine unterstützende Interaktion auszuwirken. Die Vermittlung von aktiver Teilhabe im Entscheidungsprozess spiegelt sich nicht nur auf inhaltlicher Ebene wider, es finden sich ebenfalls Hinweise, dass von den ÄrztInnen eine partizipative Beziehungsgestaltung reflektiert und aktiv angestrebt wird. Bei der Interaktionsgestaltung „Vertrauen(sbildung) durch Zuwendung“ scheinen laut Aussagen der Interviewten nunmehr nonverbale Aspekte von Kommunikation zwischen den beteiligten AkteurInnen zunehmend Bedeutung zu erlangen. Die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses wird von den Interviewten als das zentrale Element im Entscheidungsprozess angeführt. Weitgehend offen bleibt jedoch, mit welchen konkreten Handlungen die vertrauensvolle Ausformung der Beziehungsebene angestrebt wird. Zugleich scheinen inhaltliche Aspekte mehr in den Hintergrund zu treten. Eine Offenheit gegenüber den Positionen von Frauen mit Kaiserschnittwunsch und eine Interaktionsgestaltung, die eine aktive Teilhabe von Nutzerinnen an Entscheidungsfindungen ermöglicht, sind kaum erkennbar.

In der dritten Kategorie wird bei Interaktionen ein interpersonaler Austausch der beteiligten AkteurInnen stärker in den Mittelpunkt des Entscheidungsprozesses gerückt. Eine wesentliche Voraussetzung für eine gemeinsame Entscheidungsfindung scheint damit gegeben zu sein. Während bei den ärztlichen Interaktionsgestaltungen „(Nach-)Fragen und aktives Zuhören“ und „Akzeptanz und Unterstützung“ Artikulation und Anerkennung der Nutzerinnenpositionen an Raum und Bedeutung gewinnen, scheint die Kategorie „Vertrauen(sbildung) durch Zuwendung“ jedoch durch (Über-)

Betonung des Einsatzes von nonverbalen Kommunikationsmitteln erneut eine paternalistische Asymmetrie zwischen Schwangeren und ÄrztInnen zu befördern.

Abschließend kann in diesem Abschnitt des empirischen Teils festgehalten werden, dass sich anhand des vorliegenden Interviewmaterials ein breites Spektrum an ärztlichen Gestaltungsmöglichkeiten von Interaktionen mit Frauen, die den Wunsch nach Kaiserschnittentbindung formulieren, erkennen lässt. Mit Blick auf die – von den Interviewten beschriebene – Bereitschaft Nutzerinnen partizipativ in den Entscheidungsprozess einzubinden, lässt sich zunächst feststellen: Je stärker die Asymmetrie in Interaktionen zwischen den beteiligten AkteurInnen ausgeprägt ist, desto geringer scheint die Teilhabe der Nutzerinnen an der Entscheidungsfindung. Weiterhin zeigt sich, ebenfalls wenig überraschend, dass die asymmetrische Interaktionsgestaltung mit einer geringen ärztlichen Ergebnisoffenheit einhergeht.

Bei genauerer Betrachtung der geschilderten Interaktionsgestaltungen und davon ausgehend, dass Kommunikation als Sozialhandlung immer eine Inhalts- und eine Beziehungsebene beinhaltet, lassen sich weitere, für die Gestaltung des Entscheidungsprozesses relevante Faktoren beschreiben. Insbesondere scheinen eine ärztliche (inhaltliche) Ausrichtung nach einem Richtig-Falsch-Prinzip sowie der Grad von (gelebter) Kongruenz zwischen Inhalts- und Beziehungsebene in engem Zusammenhang mit der jeweiligen Ausprägung von Partizipation und Nutzerinnenorientierung zu stehen:

Die ärztliche „Gestaltung qua paternalistischer Autorität“ mit autoritärer Selbstinszenierung und asymmetrischen Aushandlungsprozessen hat eine hohe Passgenauigkeit von Inhalts- und Beziehungsaspekten inne und transportiert eindeutige Aussagen. Diese Interaktionsgestaltung basiert auf der Überzeugung, aufgrund fachärztlicher Expertise (alleine) die richtige Entscheidung für eine Entbindungsart für Nutzerinnen treffen zu können. Die verschiedenen Ausprägungen der Kommunikationskultur bei den Interaktionsformen „Aufklärung als ungeklärte Gestaltung“ weisen – bei grundsätzlicher Betonung der Relevanz der Inhaltsebene – unterschiedliche inhaltliche Ausrichtungen, entsprechend der jeweiligen ärztlichen Einstellung zur (mutmaßlichen) Existenz von richtigen oder falschen Entscheidungen, auf. In Abhängigkeit davon differiert auch die Kongruenz mit der gewählten Beziehungsgestaltung. Insbesondere mit Blick auf Interaktionen, die vorrangig unter dem Aspekt Risikoaufklärung geführt werden, kann hervorgehoben werden, dass eine mangelnde Korrespondenz zwischen den Kommunikationsebenen eine Unsicherheit in der Entscheidungsfindung bei allen beteiligten AkteurInnen zu begünstigen scheint und letztlich als eine gescheiterte (Risiko-)Kommunikation bezeichnet werden kann. Je nach Grad der Entsprechung von Inhalts- und Beziehungsebene der Interaktionen, die der „(Beziehungs-)Gestaltung qua Kommunikation“ zugeordnet werden, ergeben sich Hinweise auf zunehmende partizipative Teilhabe von Nutzerinnen am Entschei-

dungsprozess, insbesondere wenn die Ausgestaltung der Inhaltsebene von einer professionellen Ergebnisoffenheit handlungsgeleitet ist. Die primäre Fokussierung auf die Gestaltung einer Beziehungsebene vertrauensvoller Prägung unter dem (benevolent-paternalistischen) Einsatz nonverbaler Kommunikationsmittel ist jedoch als zielgerichtete Handlung zu werten, bei der wiederum einer ärztlichen „Falsch-Richtig-Entscheidungskompetenz“ deutliche Priorität in der (asymmetrischen) Entscheidungsfindung eingeräumt wird.

Bezug nehmend auf eine weitere Forschungsfrage werden nun Erfahrungen aus dem geburtsklinischen Versorgungsalltag in den Blick genommen, die von den Interviewten als relevante Einflussgrößen – jenseits mittelbar beteiligter AkteurInnen – im Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ wahrgenommen werden.

#### **5.4 Limitierungen im klinikärztlichen Entscheidungsprozess für einen Kaiserschnitt auf Wunsch**

Dieser Arbeit liegt die Auffassung zugrunde, dass die zuvor aus klinikärztlicher Alltagsperspektive betrachteten (einzelnen) Interaktionen nur einen Teilbereich des gesamten Entscheidungsprozesses für einen „Wunschkaiserschnitt“ darstellen. Demzufolge werden in diesem Auswertungsabschnitt unter der Fragestellung „Welche Limitierungen benennen Interviewte im Hinblick auf diese Interaktionen?“ die Äußerungen der FrauenärztInnen in den Fokus der Analyse gerückt, die nicht unmittelbare Entscheidungskontextualitäten erkennen lassen.

##### **5.4.1 Mangelnde Evidenzbasierung und weitere (versorgungs-)system-immanente Kommunikationsdefizite**

Davon ausgehend, dass dem Entscheidungsprozess für eine gewünschte Schnittentbindung vielschichtige Kommunikationsstrukturen – zwischen weiteren, mehr oder weniger mittelbar beteiligten AkteurInnen – zugrunde liegen, ist es nicht verwunderlich, dass die interviewten FrauenärztInnen eine Vielzahl von einflussnehmenden Faktoren benennen, die einem Bereich „Systemimmanente Kommunikationsdefizite“ zugeordnet werden können. Dieser Begriff wird in Anlehnung an die derzeitige geburtsmedizinische Versorgungsstruktur und einer dieser inhärenten Kommunikationskultur verwandt. Es erfolgt nun eine genauere Betrachtung von unterschiedlichen (Kommunikations-)Bereichen im geburtsmedizinischen Versorgungssystem, in denen sich die Interviewten hinsichtlich der zu treffenden Entscheidung für einen „Wunschkaiserschnitt“ als verunsichert beschreiben, als eingeschränkt agierend erleben oder sich überhaupt nicht mehr als aktiv Handelnde wahrnehmen.

### **Fachliche Verunsicherung**

Vor dem Hintergrund der Bedeutung veränderter Risikobewertung von geplanten Kaiserschnitten im Verhältnis zu Vaginalgeburten sowie der Relevanz (fach-)ärztlicher Überzeugung eine „Falsch-Richtig-Entscheidungskompetenz“ für Geburtsarten inne zu haben, ist es schon beachtlich, dass sich in den Interviews ebenfalls Aussagen finden lassen, die auf fachliche Verunsicherung der ÄrztInnen hinweisen:

*„Es gibt ja immer wieder diese sehr kontroversen Diskussionen, dann springt wieder irgendein Redner auf das Pult und erzählt, wie furchtbar diese ganze Inkontinenz und Beckenbodenzerstörungsraten sind. Dann springt der Nächste auf das Podium und sagt, wieso, aber allein bei einer Schwangerschaft gibt es das schon, ich weiß nicht, in wie viel Prozent, also ist die Inkontinenzrate nach der Geburt erhöht einfach nur durch die Schwangerschaft“ (I14, OÄ, Z.612-618).*

Eine Oberärztin spricht die Diskussion um den Kaiserschnitt als Präventivmaßnahme zur Vermeidung von Harn- und Stuhlinkontinenz an und illustriert anhand zweier (pointiert-fiktiver) Vorträge die fachliche Kontroverse. Eine andere Oberärztin geht in ihrer Kritik an mangelnder Wissenschaftsbasierung von geburtsmedizinischen Versorgungsmaßnahmen noch viel weiter.

*„Also, gerade in der Geburtshilfe, da ist ja evidence based medicine in der Geburtshilfe ist absolut ein trockenes Gebiet. So gut wie gar nichts. Das sind alles nur Erfahrungen und Ahnungen, die einen da treiben letztlich, persönliche Erfahrung, aber wenig, von dem man wirklich sagen kann, hier das ist wissenschaftlich gesichert, dass es sinnvoll ist, die und die Maßnahme in der und der Situation zu machen“ (I7, OÄ, Z.753-759).*

Zwar wurden die Zunahme an Schnittentbindungen und die verstärkte professionelle Akzeptanz von „Wunschkaiserschnitten“ von den Interviewten (auch) mit medizinischem Fortschritt in Operations- und Narkosetechniken begründet, dennoch formuliert die Interviewte deutlich, dass ihrer Ansicht nach viele, diesem ärztlichen Handeln zugrunde gelegten, geburtsmedizinischen Begründungsmuster keine Evidenzbasierung aufweisen. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese kritische Sichtweise im Hinblick auf die ärztliche Entscheidungsfindung einer Entbindungsart von zentraler Bedeutung ist, da die entsprechenden Begründungsmuster stark mit einer veränderten Risikowahrnehmung und -bewertung der operativen Schnittentbindung verknüpft sind und ein verändertes ärztliches Handeln rechtfertigen (sollen). Denkbar ist weiterhin, dass eine solche, den gängigen Argumentationsstrang hinterfragende, kritische Haltung zu einer fachlichen Verunsicherung führen kann, die

wiederum (unterschiedliche) Auswirkungen sowohl auf die Gestaltung der Inhalts- als auch der Beziehungsebene in Interaktion mit Nutzerinnen nach sich ziehen kann.

### **Motivationale Verschleierungstaktik**

In den Interviews lassen sich weiterhin Schilderungen von Interaktionen finden, in denen die Befragten eine motivationale Intransparenz der Nutzerinnen beschreiben.

*„Also, was ich sehr häufig habe, sind diese Wischi-Waschi-Indikationen, dass Leute angeblich einen Bandscheibenvorfall haben. Oder dass Leute vor fünf Jahren mal eine Thrombose hatten und es dann heißt, irgendjemand hat angeblich gesagt, sie muss also per Kaiserschnitt entbinden. Oder ja, da so körperliche Sachen, die dann angeführt werden als Indikation, die aber eigentlich keine Indikation im strengen Sinne sind. Und dann ist es oft schwer rauszufinden, wo kommt denn das her, und wer hat das zuerst gesagt“ (I7, OÄ, Z.290-298).*

Eine Oberärztin berichtet über die Schwierigkeiten, das ihr im Gespräch präsentierte, anamnestische Material „indikationsgerecht“ einzuordnen. Beispielhaft benennt sie „Bandscheibenvorf[ä]ll[e]“ (I7, OÄ, Z.291) und „Thrombose[n]“ (I7, OÄ, Z.292) als Erkrankungen in der Vorgeschichte, die häufig mit einer (vermeintlich fachlich bekundeten) Notwendigkeit zu einer Schnittentbindung verbunden, von Schwangeren angeführt werden. Beachtenswert ist, dass auch in diesem Interview der Begriff „Wisch-Waschi-Indikationen“ (I7, OÄ, Z.290)<sup>182</sup> verwendet wird. Der Interpretationsspielraum bei der Indikationsstellung eines Kaiserschnittes eröffnet nicht nur ärztliche Gestaltungsoptionen, sondern kann offensichtlich auch innerhalb der ärztlichen Profession zu Unklarheiten führen. So resümiert die Befragte „schwer rauszufinden, wo kommt denn das her“ (I7, OÄ, Z.297), zumindest implizit lässt sich ihre Vorstellung ableiten, dass die Vorerkrankungen als Tarnung anderer im Vordergrund stehender Motive für eine Schnittentbindung benutzt werden (können). Die zweimalige Verwendung des Wortes „angeblich“ (I7, OÄ, Z.291; Z.293) stützt diese Deutung. Die orthopädische Diagnose Discusprolaps findet in diesem Zusammenhang ebenfalls in einem anderen Interview Erwähnung:

*„Die kommen dann an, dass sie früher traumatische Geburtserlebnisse hatten, oder dass sie irgendwann mal einen Bandscheibenvorfall, das wird dann erstmal so ein bisschen anders verkauft, bis man im Gespräch dann eigentlich rausfindet, dass sie innerlich einfach keine normale Geburt möchten“ (I13, FÄ, Z.59-63).*

---

<sup>182</sup> Vgl. I9, FÄ, Z.115 (s. Kapitel 5.2.3)



Eine Fachärztin formuliert ihre Erfahrung, diese Diagnose als Vorwand für eine (vermeintlich) medizinisch notwendige Kaiserschnittentbindung zu „verkauff[en]“ (I13, FÄ, Z.62). Aus der Antizipation und Suggestion einer systemverträglichen Begründung für einen „Wunschkaiserschnitt“ seitens der Nutzerinnen resultiert für die Interviewte letztlich eine mangelnde Gesprächsoffenheit. Eine Assistenzärztin schildert, welche Auswirkungen die Vorwegnahme erwarteter ärztlicher Reaktionen auf die Äußerung nach gewünschter Schnittentbindung auch annehmen kann:

*„Sondern eben auch wenn die, wenn die Paare dann in die Klinik kommen, ist es ja so, dass es immer eine angespannte Situation ist, und wenn sie dann noch mit so Wünschen kommen, wo sie eigentlich wissen, dass das nicht so ganz richtig ist unbedingt, dass sie sich da durchsetzen müssen so. Dann wird ja gleich, wird ja auch eben häufig haben die sich ja ordentlich gerüstet dafür. Und da können die Männer dann schon, da sind eher die Männer dann häufig die, die den Starken und den Aggressiven geben auch dabei“ (I5, AÄ, Z.304-312).*

Ein dergestalt antizipierter Aushandlungsprozess scheint nicht nur mit mangelnder Ergebnisoffenheit von NutzerInnen auf der Inhaltsebene einherzugehen. Die Ärztin beschreibt ihre Erfahrungen, dass es auf der Beziehungsebene – insbesondere im Beisein der Partner – zu (offenem) Ausfechten eines Machtkampfes kommen kann.

### **Chefärztlich zentrierte Klinikkultur**

Der (mögliche) Einfluss einer ärztlichen Machtposition auf Entscheidungsfindungen mit Nutzerinnen, die den Wunsch nach einer Schnittentbindung formulieren, wurde schon eingehend betrachtet (vgl. Kapitel 5.3). In diesem Kontext erscheint es allerdings unabdingbar, auf vorliegende Interviewpassagen hinzuweisen, die zur Vervollständigung des Bildes einer institutionalisierten Kommunikationskultur und Entscheidungsstruktur von (Geburts-)Kliniken beitragen.

*„Nee, also ich denke, dass natürlich das auch immer ein bisschen von der Leitung mit abhängt, ob man eben sehr in Führungsstrichen frauenfreundlich ist, genauso wie mit den Einleitungen, dass man alles annimmt, nur damit man die Geburtenzahlen voll kriegt, oder ob man einfach ein konsequentes Prinzip hat so. Und da sind einem ja auch manchmal die Hände gebunden in einem Team, wenn der Oberste sagt, so“ (I14, OÄ, Z.739-746).*

In diesem Zitat macht eine Interviewte deutlich, dass ihr – obwohl der oberärztlichen Stausgruppe zugehörig und (mutmaßlich) mit entsprechenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet – „die Hände gebunden [sind]“ (I14, OÄ, Z.745), eine eigen-

ständige Position gegenüber Schwangeren mit Kaiserschnittwunsch zu vertreten, wenn diese konträr zur (An-)Weisung der ärztlichen Klinikleitung steht.

Mit folgender Aussage wird ersichtlich, wie sich eine chefärztliche (Macht-)Stellung auch auf die interne Kommunikation ärztlicher MitarbeiterInnen der geburtsklinischen Einheit auswirken und einen hemmenden Einfluss auf reflexive Weiterbildung ausüben kann.

*„So dass man einfach mal eine Runde hat, wo man in Ruhe so reflektiert, ohne dass eben im Prinzip, ja meistens, ja dann leider immer sagen, ohne dass der Chef dabei sitzt. Nicht weil er schlimm ist oder sonst irgendwas, aber weil Chefs halt dann doch immer noch die, eben die letzte Instanz des Sicherheitsdenkens sind und sich eigentlich immer nur absichern und dann ist auch so ein, so ein gut reflektierendes Gespräch manchmal eben nicht möglich. Wo dann auch mal jemand sagt, ich hab einen Fehler gemacht, das war falsch“ (I5, AÄ, Z.546-554).*

Eine Assistenzärztin beschreibt einen klinischen Ausbildungsalltag, in dem es ihr „eben nicht möglich [ist]“ (I5, AÄ, Z.552), fehlerhaftes Handeln als solches zu benennen und daraus im Gespräch mit (dienstälteren) KollegInnen lernen zu können. Vorstellbar wird, angesichts dieser Einlassungen, dass mit der beklagten, mangelnden Vermittlung von konservativ geburtsmedizinischen Kompetenzen in der fachärztlichen Ausbildung (vgl. Kapitel 5.2) eine angstgeprägte interne Kommunikationskultur in Verbindung stehen könnte. Ferner wird erneut offenbar, wie stark forensische Absicherung geburtsklinische Kommunikations- und Entscheidungskultur bestimmt. Eine Tabuisierungsstrategie im Umgang mit vermeidbaren Fehlern und Komplikationen wird auch jenseits der assistenzärztlichen Statusgruppe formuliert. Beispielsweise plädiert eine Oberärztin für eine andere klinische Umgangskultur mit Fehlern und nimmt für sich „in Anspruch“ (I8, OÄ, Z.238) eine offene Kommunikation über ärztliche Behandlungsfehler führen zu dürfen.

*„Und selbst wenn ich tatsächlich einen Fehler gemacht habe, dann nehme ich mittlerweile auch für mich in Anspruch, mal einen Fehler machen zu dürfen, ich mein, ich bin fünfzehn Jahre dabei“ (I8, OÄ, Z.237-239).*

Ebenfalls vor dem Hintergrund einer fünfzehnjährigen Berufserfahrung zieht eine weitere Oberärztin zu klinikinternen Kommunikationsabläufen folgendes Resümee:

*„Ich hab mal vor fünfzehn Jahren angefangen in der Klinik zu arbeiten, hab mir das schon anders vorgestellt, dass mehr Zusammenarbeit, mehr Austausch da einfach auch vielleicht ein kritischer oder offener Umgang, Geburtsverläufe zu besprechen. Wir hatten das auch mal geplant gehabt, dass man sich nach der*

*Geburt mit den Hebammen, Oberärztinnen und Assistenten zusammensetzt und nochmal den Geburtsverlauf bespricht und guckt, was war gewesen was. Jetzt gar nicht mal was ist schlecht gelaufen, es läuft ja nicht immer was schlecht, oder was hat wozu geführt, und wie ist der Geburtsverlauf gewesen. Und das bleibt, glaube ich, heute aus Zeitmangel, aber auch ein bisschen aus, wie soll man sagen, aus den Problemen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht immer so gewünscht ist“ (I15, OÄ, Z.510-522).*

Auch in dieser Interviewpassage wird von der Ärztin „ein kritischer oder offener Umgang“ (I15, OÄ, Z.513) mit ärztlichem Handeln im Klinikalltag vermisst. Wünschenswert wäre aus ihrer Sicht eine retrospektive Analyse von Geburtsverläufen. Bemerkenswert ist, dass sie nicht die chefärztliche Leitung in gewünschte Besprechungen einbezieht, dafür aber explizit die Profession der Hebammen erwähnt. Eine Erklärung für die fehlende Umsetzung solcher „interdisziplinäre[n] Zusammenarbeit“ (I15, OÄ, Z.522) ist für die Ärztin „Zeitmangel“ (I15, OÄ, Z.520). Jedoch lässt die Aussage vor allem deutlich werden, dass sie eine entsprechende interdisziplinäre Kommunikationskultur in der Geburtsklinik als „nicht immer so erwünscht“ (I15, OÄ, Z.522) erlebt. Mit Sicherheit ist die Positionierung der Hebammen (und der klinikärztliche Umgang damit) eine (weitere) wesentliche Einflussgröße im Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“, dennoch wird von den Interviewten – insbesondere unter dem Aspekt erlebter Limitierungen in der Entscheidungsfindung – anderen beteiligten professionellen AkteurInnen eine größere Relevanz beigemessen.

### **Spannungsfeld zwischen frauenärztlicher Praxis und Geburtsklinik**

Als bedeutsam einflussnehmende Profession im Entscheidungsprozess für einen Geburtsmodus werden vorrangig niedergelassene FrauenärztInnen angeführt.

*„Die Zusammenarbeit müsste besser klappen zwischen Niedergelassenen und Klinikern. Da ist immer noch so eine ziemlich große Kluft, aus welchen Gründen auch immer, Eitelkeiten spielen da eine Rolle, und Konkurrenz spielt da eine Rolle, da ist es natürlich, ist klar. Aber die Frau kann nur Vertrauen gewinnen, wenn sie sieht, da ist so eine Linie drin. Wenn jetzt der Niedergelassene sagt, drauf schreibt zur primären Sektion, und sie kommt zu uns, und ich kläre sie dann auf und versuche dann, das schaffe ich gar nicht mehr, diese Frau umzupolen, das geht nicht mehr“ (I18, CA, Z.508-517).*

Der zitierte Chefarzt beklagt eine mangelnde Kooperation „zwischen Niedergelassenen und Klinikern“ (I18, CA, Z.509) im Hinblick auf die Entscheidung und Planung von „Wunschkaiserschnitten“. Er berichtet, dass seiner Erfahrung nach im klinischen Setting, bei einer – schon in der ambulanten Praxisversorgung – gebahnten Entschei-

dung, keine Gestaltungsoption mehr besteht, auf den im Vorfeld gefassten Beschluss, Einfluss nehmen zu können. Als Grund für die suboptimale Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik vermutet der Interviewte ärztliche Rivalität hinsichtlich fachlicher (Entscheidungs-)Kompetenzen.

Gleichwohl kann aus dem Interviewmaterial nicht eine grundsätzlich als schlecht erlebte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und klinisch tätigen FrauenärztInnen abgeleitet werden:

*„Das ist völlig unterschiedlich. Also es gibt auch Kollegen, die anrufen und sagen, ich möchte Ihnen eine Frau vorstellen die, wir haben keine richtige Indikation, aber die hat so Probleme mit der Vorstellung einer vaginalen Geburt, und ich sehe das auch so, dass das ein großes Problem für sie wird, sprechen sie noch mal mit der und entscheiden Sie das dann zusammen. Das gibt es auch. Wo ich auch das Gefühl habe, dass die einfach uns helfen wollen indem sie sagen, ich kenne die Frau jetzt seit sieben oder acht Monaten oder vielleicht schon Jahre vorher und schätz die Situation so und so ein. Es gibt ja auch (...) der eine ist froh, wenn er damit nicht belästigt wird. Der andere möchte gerne mit entscheiden. Der Dritte fühlt sich da jetzt übergangen. Der Vierte schiebt auch die Sache mal zu uns und sagt, also liebe Frau, wir machen das jetzt so und so, aber ich schicke Sie mal in die Klinik, die regeln das dann schon. Also ich denke, das ist ganz unterschiedlich“ (I9, FÄ, Z.363-382).*

In diesem Zitat berichtet eine Fachärztin über ihre sehr unterschiedlich erlebte Einbindung in prästationäre Entscheidungsprozesse durch niedergelassene FrauenärztInnen. Es wird sowohl ein kollegialer Austausch als auch ein grundsätzliches Abgeben ärztlicher Entscheidungen an KrankenhausärztInnen beschrieben. Die Befragte betont allerdings auch, dass manche Niedergelassene ein „Mitspracherecht“ in Entscheidungsfindungen haben möchten. Wiederum erlebt eine weitere Fachärztin die Kommunikation zwischen frauenärztlicher Praxis und Geburtsklinik „oft“ (I13, FÄ, Z.321) als Machtkampf um fach(ärzt)liche Kompetenzen.

*„Aber es kommt auch oft vor, dass ein Niedergelassener anruft und sagt, diese Frau wird heute eingeleitet oder kriegt heute einen Kaiserschnitt, und da wird nicht mehr groß diskutiert“ (I13, FÄ, Z.321-323).*

Im Interviewverlauf nimmt die Ärztin erneut Bezug auf diese entsprechend gestaltete Zusammenarbeit mit Niedergelassenen und macht deutlich, dass sie dadurch ihre geburtsklinische Tätigkeit – aufgrund einer (unausgesprochenen) „Hierarchie“ (I13, FÄ, Z.544) – in einer Rolle „als Befehlsempfänger[in]“ (I13, FÄ, Z.545) erlebt.

*„Also, ich würde mir wünschen, dass die niedergelassenen Fachärzte die klinisch tätigen Fachärzte auch für voll nehmen, das heißt, dass es da nicht so eine Hierarchie gibt, ich als Befehlsempfänger für den Niedergelassenen. Weil so kommt mir das schon häufiger vor, dass wir eigentlich nur das ausführende Organ sind“ (I13, FÄ, Z.543-547).*

Aufgrund prästationär erfolgter Entscheidungen für Durchführungen von Kaiserschnitten nimmt sich die Befragte *„nur [als] das ausführende Organ“* (I13, FÄ, Z.547) innerhalb einer geburtsmedizinisch-sektoralen Versorgungsstruktur und nicht als an der Entscheidungsfindung beteiligte Akteurin wahr. In den Interviews finden sich ebenfalls Belege für eine entsprechende Wahrnehmung von AkteurInnen auf der oberärztlichen Entscheidungs- und Handlungsebene.

*„Es gibt Frauen, die einfach überwiesen werden so, elektive Sektio oder einfach, ja, ist ja auch einfach, das ans Krankenhaus abzugeben. Andererseits denke ich schon, wir sind auch diejenigen, die es durchführen müssen. Und ja, auch wenn es um Geburtseinleitung geht, möchte ich auch gerne das mit der Frau zusammen entscheiden und möchte das jetzt nicht von einem Niedergelassenen sozusagen als Auftrag, also ich denke, bekommen so in dem Sinne ja dass man nur die Ausführung dann macht“ (I14, OÄ, Z.267-275).*

Die Oberärztin betont in der folgenden Interviewsequenz zwar, dass sie keine generelle *„Auftrag“*smentalität (I14, OÄ, Z.273) von Niedergelassenen gegenüber KlinikärztInnen feststellen kann und durchaus auch einen gelungenen professionellen (Informations-)Austausch an der Schnittstelle von Praxis und Geburtsklinik erlebt. Dennoch schildert sie gleichfalls eine ärztliche Kommunikationspraxis in Form von Anweisungen mit einer ICD-*„Ziffer auf der Einweisung“* (I14, OÄ, Z.294).

*„Also, das kenne ich auch, dass eben mit den Haupteinweisern, dass die eben auch anrufen und sagen, so, ich hab hier eine Frau, da ist der Fall so und so geartet und klar, also das ist mir eigentlich auch immer am angenehmsten, oder dass man umgekehrt auch Rücksprache miteinander hält. Aber das, ja, sehen nicht alle so, und so arbeiten auch nicht alle. Und manchmal kriegt man auch nur eine Ziffer auf der Einweisung“ (I14, OÄ, Z.287-294).*

Eine derartige *„Einweisungskultur“* mit direkt ausgesprochenen (vgl. I13) oder indirekt ICD-numerisch erfolgten (vgl. I14) Anweisungen aus der frauenärztlichen Praxis wird von den Interviewten mit fehlender Einflussnahme von KlinikerInnen im Rahmen des Entscheidungsprozesses für einen *„Wunschkaiserschnitt“* in Verbindung gebracht.

Dies wird im klinischen Arbeitsalltag ebenfalls schon in der assistenzärztlichen Statusgruppe registriert, so kommt eine Assistenzärztin zu folgender Einschätzung:

*„Ich glaube, größere Macht in Führungszeichen oder Einfluss und Macht haben sicherlich die Niedergelassenen, denen die Frauen ja auch vertrauen, zu dem gehen sie ja in der Regel seit Jahren, vertrauen sich auch in der Schwangerschaft an“ (I6, AÄ, Z.202-206).*

Beachtenswerterweise benutzt die Ärztin in diesem Zitat gleich zweimal den Begriff „Macht“ (I6, AÄ, Z.203). Die Ausübung der (möglichen) Einflussnahme in Interaktionen mit Nutzerinnen, die den Wunsch nach Schnitttentbindung formulieren, in Verbindung mit (bewusst zielgerichteter) Einnahme einer ärztlichen Machtposition, wurde bereits beschrieben (vgl. Kapitel 5.3). Es kann nun konstatiert werden, dass das Aushandeln von Hierarchien in der derzeitigen Struktur der geburtsmedizinischen Versorgung mit einer gewissen Systeminhärenz und -immanenz behaftet zu sein scheint. Eine entsprechende Kommunikationsgestaltung scheint auch das Mittel zwischen professionellen (ärztlichen) AkteurInnen zur Erstellung und (Ab-)Sicherung von Hierarchien und Machtstrukturen innerhalb dieses Systems zu sein.

Genauso aufschlussreich ist die enge inhaltliche Verbindung, die die Befragte, zwischen den Begriffen „Macht“ (I6, AÄ, Z.203) und „Vertrauen“ (I6, AÄ, Z.205, 206) herstellt bzw. erlebt. Der in diesem Abschnitt eingangs zitierte Chefarzt (vgl. I18) weist ebenfalls auf die Bedeutung der Vertrauensbildung bei den Nutzerinnen hin und sieht diesbezüglich eine (system-)etablierte (Vor-)Machtstellung der Niedergelassenen. Erneut rückt der Begriff „Vertrauen“ (vgl. Kapitel 5.3.3) in die inhaltliche Nähe von Hierarchien und Machtstrukturen.

### **5.4.2 Strukturell-ökonomische Limitierungen**

Die erlebten Limitierungen der interviewten FrauenärztInnen durch „Systemimmanente Kommunikationsdefizite“ lassen bereits eine enge Verbindung zu dem Bereich „Strukturell-ökonomische Limitierungen“ erkennen. Dieser Abschnitt des empirischen Teils legt somit den Fokus auf die Auswirkungen eines marktwirtschaftlich ausgerichteten Klinikalltags hinsichtlich ärztlicher Gestaltungsmöglichkeiten bei Entscheidungen für gewünschte Schnitttentbindungen.

#### **Fragmentierung der Versorgung**

Unabhängig von einer professionsinternen (und teilweise konkurrenzgeprägten) Aushandlung ärztlicher Entscheidungskompetenzen im Hinblick auf die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ beklagen die Interviewten einen Mangel an kontinuier-

lichem Kontakt zu Schwangeren in der derzeitigen geburtsmedizinischen Versorgungsstruktur.

*„Ja, dann ist natürlich das meiste schon gegessen. Und wenn die dann, die Wunschkaiserschnitte werden ja in der Regel dann abgeschlossen in der 38., also Anfang 39. Woche dann geplant, da ist natürlich nicht mehr viel Zeit, und da hat man sich da innerlich drauf vorbereitet. Dann hat der Mann seinen Urlaub eingereicht, und dann ist das im Prinzip auch alles schon in warmen Tüchern, da kann man gar nicht mehr viel gegen tun“ (I13, FÄ, Z.225-231).*

Der klinikalltägliche Erstkontakt zu Schwangeren mit Kaiserschnittwunsch erfolgt laut einer Fachärztin in der 38. Schwangerschaftswoche. Zu diesem Zeitpunkt erlebt sie deren Entscheidungsprozesse für geplante Schnittentbindungen schon als abgeschlossen und sieht kaum noch Möglichkeiten mit den Frauen in eine erneute Entscheidungsfindung zu treten. Im Klinikalltag eines Oberarztes erfolgt der entsprechende Erstkontakt zu Schwangeren zwar zwei Wochen früher, dennoch stellt sich für ihn die Situation ähnlich dar:

*„Also, dass die Frauen vielleicht doch ein bisschen eher kommen, bevor sie diesen ganzen Meinungsbildungsprozess draußen durchlaufen haben. Ja, das kann man wahrscheinlich nicht beeinflussen, aber das wäre eigentlich schön, wenn wir die Frauen nicht erst in der 36. Woche (...) sehen und dann diese wichtige Entscheidung treffen können, sondern vielleicht schon im Vorfeld“ (I4, OA, Z.316-322).*

KlinikärztInnen scheinen sich in Interaktionen mit Nutzerinnen, die am Schwangerschaftsende erstmals den Kontakt zur Geburtsklinik aufnehmen, kaum als (aktiv) Beteiligte im Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ wahrzunehmen. Nach Aussagen der Interviewten liegt die Vermutung nahe, dass Schwangere den Entscheidungsprozess für den „Wunschkaiserschnitt“ schon vor dem letzten Schwangerschaftstrimenon abgeschlossen haben. Diese Annahme wird auch durch folgendes Zitat gestützt. Ein Chefarzt berichtet, dass er kaum Einfluss auf die entsprechende Entscheidung bei Frauen jenseits der 30. Schwangerschaftswoche nehmen kann.

*„Wir sind ja fremdbestimmt, ich sehe ja die Leute nicht. Also (...) wenn ich eine Ambulanz hätte, wo ich von Anfang bis Ende der Schwangerschaft Frauen betreuen könnte, dann könnte ich ja Einfluss nehmen. Aber wenn ich überhaupt die Leute sehe, dann sind sie 30. Woche und weiter, und da Einfluss zu nehmen ist so gut nicht möglich, wenn man nicht gefragt wird“ (I3, CA, Z.213-219).*

Für den Interviewten stellt eine kontinuierliche Schwangerenbetreuung eine wesentliche Voraussetzung dar, um in den Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ eingebunden sein zu können. Die fehlende Möglichkeit – aufgrundversorgungssysteminterner Vorgaben – eine frühzeitige und kontinuierliche Betreuung in einer Klinikambulanz ausüben zu können, empfindet der Chefarzt sogar als „*fremdbestimmt*“ (I3, CA, Z.213). Mit Blick auf diese Ausführungen ist es vorstellbar, dass der Eindruck von Fremdbestimmung für den Befragten im entscheidenden Zusammenhang mit „*nicht gefragt w[e]rd[en]*“ (I3, CA, Z.219) steht. Offen bleibt letztlich, welche beteiligten AkteurInnen – Nutzerinnen, Niedergelassene oder andere in der (System-)Verantwortung Stehende – er in der Pflicht sieht, diesem Umstand Abhilfe zu schaffen.

Die Sichtweise, am Ende einer fragmentierten geburtsmedizinischen Versorgungskette tätig zu sein, bei der schlussendlich den Geburtskliniken eine (fast) ausschließlich ausübende Umsetzung zuvor durchlaufener Entscheidungsprozesse zugeschrieben wird, lässt sich anhand des vorliegenden Datenmaterials in allen ärztlichen Statusgruppen wiederfinden. So kommt eine Assistenzärztin – mit einem noch relativ kurzen beruflichen Erfahrungshintergrund – zu der Schlussfolgerung, dass sich klinisch tätigen FrauenärztInnen unter diesen Rahmenbedingungen nur „*manchmal*“ (I5, AÄ, Z.659) eine Option zur Mitwirkung an der Entscheidungsfindung für die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ bietet.

*„Wir haben ja die Leute dann doch nur auf den letzten drei Schritten, und manchmal können wir das noch drehen, aber natürlich auch nicht immer“* (I5, AÄ, Z.658-660).

### **Marktwirtschaftlicher Wettbewerb unter den Geburtskliniken**

Im Zusammenhang mit Systemvorgaben des Gesundheitswesens im Hinblick auf klinikärztliche Gestaltungsmöglichkeiten in Entscheidungsprozessen für „Wunschkaiserschnitte“ erscheinen in den Interviews – ebenfalls (fast) unausweichlich – Hinweise auf die derzeitige Wettbewerbssituation unter den Geburtskliniken.

*„Wir haben das mal angedacht, weil bei uns eigentlich fast alle nicht so ganz die Verfechter des Wunschkaiserschnitts sind, auch der Chef nicht. Aber da wir ja auch konkurrenzfähig bleiben müssen, und das Konkurrenzhaus das frei anbietet, und Niedergelassene uns die Frauen schon vorenthalten haben mit dem Hinweis, bei uns müssten sie den bezahlen, ist das nie aufgekommen. Also es wird eine Diagnose gefunden und das wird eingetragen“* (I13, FÄ, Z.339-346).

In diesem Interviewausschnitt beschreibt eine Fachärztin klinikinterne Überlegungen – auf Basis einer insgesamt kritischen Grundhaltung gegenüber der Geburt per



„Wunschkaiserschnitt“ – diese Operationen nicht als Bestandteil des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung zu werten und dafür eine Selbstzahlung der Nutzerinnen in Erwägung zu ziehen. Laut der Interviewten wurden der Klinik schon im Vorfeld dieser Überlegungen von Niedergelassenen Einweisungen zu entsprechenden Klinikgeburten „vorenthalten“ (I13, FÄ, Z.343). Dies erfolgte offenbar unter dem Verweis, dass „das Konkurrenzhaus das frei anbietet“ (I13, FÄ, Z.342). Dieses Zitat verdeutlicht, wie stark der Handlungsspielraum für derartige Einflussnahmen in den, am Ende der geburtsmedizinischen Versorgungskette stehenden, Krankenhäusern durch den politisch gewollten Verdrängungswettbewerb unter Geburtskliniken eingeschränkt wird. Eine Oberärztin formuliert den Einfluss marktwirtschaftlicher Ausrichtung des Krankenhaussektors auf die Interaktionsgestaltung mit Nutzerinnen, die den Wunsch nach Schnittentbindung artikulieren, wie folgt:

*„Aber da ist natürlich auch wieder dieser Leistungsdruck, der dem entgegensteht, zu sagen, nee, wir machen das auch nicht. Sondern es ist wirklich so, okay, Sie machen es nicht, die anderen machen es unter Garantie“ (I11, OÄ, Z.709-712).*

Ökonomische Abhängigkeiten führen letztlich zu einem (wirtschafts-)systemverträglichen, klinikärztlichen Handeln. Als wirkmächtige Regulationsfaktoren werden von den Befragten das Leistungsangebot konkurrierender Geburtskliniken sowie ein systemsteuerungsbedingtes Einweisungsverhalten der Niedergelassenen benannt. Letztlich resultiert daraus bei den klinisch tätigen FrauenärztInnen der Eindruck, sich als wirtschaftlich konkurrierende (Dienst-)LeistungserbringerInnen nicht aktiv mit einer eigenen Positionierung in den Entscheidungsprozess einbringen zu können.

### **Klinikalltäglicher Ressourcenmangel**

Weiterhin wird von den Interviewten als relevante Einflussgröße im Entscheidungsprozess für einen Kaiserschnitt auf Wunsch der Mangel an Personal bzw. an Zeit im geburtsklinischen Arbeitsalltag beschrieben.

Im folgenden Zitat äußert eine Assistenzärztin ihre Kritik an den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Für die Befragte stellt Zeitdruck, den sie auf zu knappe Besetzung des ärztlichen Personals zurückführt, eine wesentliche Komponente für mangelnde klinikärztliche Einbindung in die Entscheidungsfindung für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ dar. Beispielhaft verweist sie auf die Unvereinbarkeit von Operationsplänen und benötigter Zeit für Gespräche im Rahmen einer stationären Regelversorgung mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt formulieren.

*„Ja, also, ich glaube ganz sicher mehr Zeit, weil dadurch, dass wir so eng besetzt sind, fehlt die Zeit für den Patienten. Und das sind manchmal so Gespräche, die*

*dann irgendwie zwischen Tür und Angel. Also ich hab jetzt grad drei Minuten, weil ich muss gleich in den OP, das finde ich ganz schlecht“ (I6, AÄ, Z.437-441).*

Obwohl eine weitere Assistenzärztin explizit darauf hinweist, dass *„wir schon einen ganz guten Personalschlüssel haben“* (I16, AÄ, Z.376), beklagt sie ebenfalls ein Defizit zeitlicher Ressourcen. Ursächlich hierfür sieht sie zunehmende Verdichtung ärztlicher Arbeitsprozesse in der Klinik, sie illustriert dies anhand vermehrter patientinnenferner Tätigkeiten, wie gestiegene stationäre Dokumentationsanforderungen.

*„Ich glaube, dass man häufig nicht gut genug auf die Frauen eingehen kann, weil einfach zu viel los ist, und man sich um viele Sachen gleichzeitig kümmern muss. Man muss immer noch so viel Papierkram machen und alles mögliche. Und ich glaube, dass wir schon einen ganz guten Personalschlüssel haben, aber der ist häufig wirklich. Man kann sich da nicht mal zwei Stunden mit einer Frau hinsetzen und anständig mit der reden. Also das ist einfach so“ (I16, AÄ, Z.371-379).*

Steigende Arbeitsplatzanforderungen in Verbindung mit zu wenig Zeit für einen *„anständig[en]“* (I16, AÄ, Z.378) kommunikativen Kontakt mit Schwangeren werden nicht nur von Assistenzärztinnen beanstandet. Eine Oberärztin betont, dass gerade der geburtsmedizinische Krankenhaussektor ein Versorgungssegment darstellt, das von zeitintensiver (Nacht-)Arbeit geprägt und besonders auf eine dem gerecht werdende Personalbesetzung angewiesen ist.

*„Und man braucht Zeit und Geduld, und das ist eben ein großes Problem, denke ich mal, heutzutage, also beides, Zeit und Geduld. Viele, also erstmal personalmäßig ist es ja häufig so, dass dann recht knapp teilweise die Kreißsäle auch besetzt sind oder auch der ärztliche Dienst“ (I14, OÄ, Z.312-317).*

Der zeitliche Druck unter dem FrauenärztInnen in ihrem klinischen Arbeitsalltag stehen wird jedoch nicht nur in negativen Auswirkungen im Hinblick auf die Interaktionsgestaltung mit Nutzerinnen thematisiert. Die zunehmende Verdichtung ärztlicher Arbeitsprozesse hat ebenfalls Konsequenzen für die Kommunikation unter den ärztlichen MitarbeiterInnen. Aus Sicht seiner klinikärztlichen Leitungsposition kommt der folgend zitierte Interviewte zu dem Schluss, dass ein Mangel an Zeit ferner einen defizitären professionsinternen Austausch bedingt. Letztlich wird aufgrund dessen für ihn auch ein *„vernünftig[es] [A]nalisieren“* (I18, CA, Z.291) geburtsklinischer Verläufe verhindert und führt zu unzureichenden ärztlichen Weiterbildungsmöglichkeiten.

*„Aber man muss mindestens eine halbe Stunde ungefähr, zwanzig Minuten bis eine halbe Stunde muss man über einen Fall reden, damit man das auch wirklich*

*vernünftig analysieren kann. Das würde, bin ich ganz sicher, viel mehr bringen. Aber es fehlt die Zeit“ (I18, CA, Z.288-293).*

Im Verlauf des Interviews weist der Chefarzt zudem auf eine weitere Folge des von Zeitmangel geprägten geburtsmedizinischen Arbeitsalltags hin. Der Austausch und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und klinisch tätigen FrauenärztInnen leiden für den Befragten ebenfalls unter diesem Umstand:

*„Aber das kommt auch deshalb wegen Zeitmangel. Die erreichen uns nicht, wir erreichen sie nicht, weil sie auch die ganze Zeit durcharbeiten müssen. Da findet man nicht mal, also nicht mal schon, also wir telefonieren häufig aber nicht häufig genug, ja, das klappt einfach nicht“ (I18, CA, Z.522-526).*

Mit der derzeitigen geburtsmedizinischen Versorgungsstruktur sehen die Interviewten eine Reihe von Faktoren verbunden, die sich einschränkend auf ihre Gestaltungsmöglichkeiten bei Entscheidungsfindungen für „Wunschkaiserschnitte“ auswirken. Neben einem Mangel an frühzeitigem und kontinuierlichem Kontakt zu Schwangeren und niedergelassenen KollegInnen, die sich im entsprechenden Entscheidungsprozess befinden, lässt sich offensichtlich auch die Kommunikation mit den NutzerInnen während des stationären Aufenthaltes (zeitlich) nicht angemessen gestalten. Die ärztliche Tätigkeit in konkurrenzwirtschaftlich ausgerichteten Geburtskliniken scheint eine berufliche Identität als (Dienst-)LeistungserbringerInnen zu befördern mit der eine aktive Einbindung und klinikärztliche Positionierung – zumindest in dem hier untersuchten Entscheidungskontext – als zunehmend unvereinbar erlebt wird.

#### **5.4.3 „Informed consent“-Insuffizienz**

Eine weitere erlebte limitierte Einflussnahme in Verbindung mit einer Rolle als klinikärztliche DienstleistungserbringerIn bei der Durchführung einer gewünschten Schnittentbindung ist bei den in diesem Auswertungsabschnitt betrachteten Aussagen der Interviewten erkennbar: Jenseits der marktwirtschaftlichen Ausrichtung des geburtsklinischen Versorgungssektors scheint der Wandel sozialpolitischer Einflussfaktoren (vgl. Kapitel 5.2) zu einer starken Verunsicherung hinsichtlich einer (aktiven) Positionierung in der klinikärztlichen Tätigkeit bei einem „Wunschkaiserschnitt“ zu führen.

#### **Verunsicherung im gewandelten Rollengefüge**

Ein sich – auch im Zuge von zunehmend eingeforderten NutzerInnenorientierung – veränderndes Verhältnis zwischen Schwangeren mit Kaiserschnittwunsch und klinisch tätigen FrauenärztInnen wird in den Interviews thematisiert.

*„Das ist ja, ist ja immer das Schwierige mit den aufgeklärten Patienten, will man das oder nicht. Einerseits möchte man gerne jemanden haben, mit dem man sich differenziert unterhalten kann, und der eben auch weiß, worum es geht. Und andererseits möchte man eben auch nicht diese, die Überinformation eben, mit der viele der Patienten ja schon eben kommen mit Ihren Ausdrücken von „Ich und mein Baby“. Und was weiß ich, wie diese Seiten heißen. Wo man sich dann informiert und wo halt, wo ja dann tatsächlich auch kein, nicht unbedingt das Richtige, also kein reales Wissen drinsteht. Das ist ja, da steht irgendwas drin, aber es ist im Internet gelesen, es ist dann halt doch häufig wahrer als das, was man dann erzählt“ (I5, AÄ, Z.464-475).*

In dieser Interviewpassage betont eine Assistenzärztin zunächst, dass sie gerne „differenziert[e]“ (I5, AÄ, Z.466) Gespräche mit „aufgeklärten“ (I5, AÄ, Z.464) Nutzerinnen führt, die „eben auch w[issen], worum es geht“ (I5, AÄ, Z.467). Allerdings erlebt sie zugleich, dass eine prästationär erworbene – von ihr als fachlich falsch eingeschätzte – „Überinformation“ (I5, AÄ, Z.468) aus dem Internet zur Limitierung der Relevanz ihrer fachlichen Darstellung und Positionierung führen kann. Das Bild von mündigen Nutzerinnen geburtsklinischer Versorgung scheint für die Befragte einerseits mit der Sichtweise verbunden zu sein, dass ÄrztInnen auf vorhandenes Vorwissen der Schwangeren zurückgreifen und sich von ihrer ausführlichen, aufklärenden Informationspflicht entlastet fühlen können. Andererseits erlebt die Assistenzärztin (vor-)aufgeklärte Nutzerinnen als nicht mehr ergebnisoffen und fühlt sich sogar mit ihrer ärztlichen Expertise nicht „wahr“genommen.

Eine Fachärztin spricht im Zusammenhang mit einem gewandelten Rollengefüge von NutzerInnen und ärztlichen Professionellen einen weiteren Aspekt an:

*„Also, ich denke sicher, dass der Anspruch an, dass unter der Geburt nichts mehr passieren darf, und diesen Anspruch haben wir, wir wollen alle gesunde Kinder zur Welt bringen sowohl als Frauen als auch als betreuende Frauenärztinnen und Frauenärzte, irgendwo berechtigt ist. Aber da sehe ich auch eine ganz große Gefahr drin. Und die Entwicklung zum Kaiserschnitt immer mehr aus diesem Sicherheitsdenken oder halt sogar noch aus dem Wunschdenken, halte ich für extrem problematisch und tu mich da auch schwer, und bin aber mit meiner Meinung auch nicht ganz fest. Und ich finde, es gibt kein absolut falsch und absolut richtig“ (I9, FÄ, Z.37-47).*

Explizit benutzt die Interviewte in diesem Zitat den Begriff „Anspruch“ (I9, FÄ, Z.37) im Hinblick auf „gesunde Kinder zur Welt bringen“ (I9, FÄ, Z.39) und bewegt sich damit in die inhaltliche Nähe der (sprachlichen) Konstruktion von „Kundinnen der Geburtskliniken, die Ansprüche auf Dienstleistungen haben“. Die Ärztin scheint sich

dessen bewusst zu sein und bezeichnet diese Anspruchshaltung als „*irgendwo berechtigt*“ (I9, FÄ, Z.41). Gleichwohl macht sie ihre Ambivalenz deutlich und schätzt, die für sie daraus resultierende zunehmende Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ als „*auch eine ganz große Gefahr*“ (I9, FÄ, Z.42) ein. Letztlich bringt die Befragte Unsicherheit über ihr ärztliches Handeln in der derzeitigen Versorgungspraxis zum Ausdruck: „*es gibt kein absolut falsch und absolut richtig*“ (I9, FÄ, Z.47). Sozialpolitische Faktoren, die in die klinikärztliche Perspektive der Entscheidungsfindung für einen „Wunschkaiserschnitt“ einfließen, wie beispielsweise verstärktes Fokussieren auf das Bild von „mündigen und informierten NutzerInnen des Gesundheitssystems“, das gleichsam mit vermehrtem Sicherheits- und Anspruchsdenken einhergeht, werden in den Interviews auch mit dem Begriff „Zeitgeist“ umschrieben. So kann die folgende, in diesem Kontext getätigte Äußerung eines Oberarztes durchaus als Verunsicherung interpretiert werden, (auch) infolge dessen scheinen für den Befragten keine aktiv zu gestaltenden, klinikärztlichen Handlungsoptionen bei einer gewünschten Schnittentbindung mehr ersichtlich zu sein.

*„Das weiß ich nicht, wie man den Zeitgeist beeinflussen kann“ (I4, OA, Z.238).*

### **Verunsicherung im gewandelten Rechtsgefüge**

Eng mit einem gewandelten Rollengefüge, in dessen Zentrum sich die Vorstellung von mündigen und informierten NutzerInnen des Gesundheitssystems befindet, verknüpfen die Interviewten den Einfluss einer Rechtsprechung, die zunehmend auf das Selbstbestimmungsrecht von Schwangeren bezüglich der Wahl der Entbindungsart fokussiert. Die sich verändernde Rechtsauslegung wird von den Interviewten als starker Einflussfaktor in der klinischen Entscheidungsfindung wahrgenommen.

*„Ja, wenn jemand auf seiner Selbstbestimmung besteht (...), natürlich will ich niemandem das Recht absprechen, wenn er sich alles angeguckt hat und sich das wirklich gut überlegt hat und sagt, trotzdem ist das der einzige und richtige Weg für mich. Ja, dann muss er, muss er halt mit der Situation glücklich werden“ (I5, AÄ, Z.484-492).*

In diesem Zitat beschreibt eine Assistenzärztin ihre (Be-)Deutung des Zusammenspiels von einem (von Nutzerinnen eingeforderten) Recht auf Selbstbestimmung für eine Entbindung per „Wunschkaiserschnitt“ und einer (von ärztlichen Professionellen vorausgesetzten) mündigen Informiertheit der Schwangeren. Erneut zeigt sich ein alltagsklinisches Erleben, dass schon vor dem klinischen Erstkontakt die Entscheidungsfindung – einschließlich (mutmaßlich) ausführlicher Informationsbeschaffung und abwägenden Überlegungen – abgeschlossen ist. Die Befragte gelangt zu dem Schluss, dass die Nutzerin „*dann (...) halt mit der Situation glücklich werden [muss]*“

(I5, AÄ, Z.492). Offen bleibt, ob dieser Schlussfolgerung Erfahrungen zugrunde liegen, dass weitere klinikärztliche (umfängliche) Einlassungen keinerlei Einfluss auf die schon getroffene Entscheidung haben oder ob die Ärztin daraus ableitet, dass solche erst gar nicht mehr notwendig sind.

Eine Fachärztin hegt in diesem Zusammenhang hingegen Zweifel, ob die Voraussetzungen für selbstbestimmte, informierte Entscheidungen von Nutzerinnen im prästationären Setting tatsächlich immer gegeben sind:

*„Ich denke einfach, man kann das nur selbstbestimmt sagen, wenn man auch genau weiß, was bei dem einen oder anderen Weg eben auf einen zukommt. Und wenn man den einen komplett ausblendet, wie zum Beispiel eine Spontangeburt, wenn man sofort sagt, das kommt für mich nicht in Frage, dann ist das eben keine selbstbestimmte Entscheidung“ (I13, FÄ, Z.710-715).*

Ein Oberarzt wiederum zieht aus der zunehmenden forensischen Relevanz der Selbstbestimmung von Nutzerinnen für einen Geburtsmodus deutliche Konsequenzen für seine klinische Tätigkeit:

*„Ich sag ja, jeder ist seines Glückes Schmied. Also, wenn Frauen das so wollen, also ich bin sicher der Letzte, der sie vom Gegenteil überzeugt, weil denn kann man nur eigentlich auf die Schnauze fallen. Wenn das gefestigt ist, und die sagen, ich will einen Kaiserschnitt haben und man versucht, sie vom Gegenteil zu überzeugen, und dann passiert was, ist man, da passiert meistens was. Muss ja nicht was Schlimmes sein, aber irgendwas, man ist immer der Blöde“ (I2, OA, Z.148-156).*

Auffällig ist, dass der Interviewte ebenfalls – wie die zuvor zitierte Ärztin – den Begriff „Glück[...]“ (I2, OA, Z.148) bei der Formulierung seiner Sicht- und Handlungsweisen verwendet. Die ärztliche Betonung von Glück im Zusammenhang mit operativen Eingriffen erscheint eher ungewöhnlich, denkbar ist, dass hiermit (bewusst oder unbewusst) eine Abgabe von ärztlicher Verantwortung zum Ausdruck gebracht wird. Der Hinweis des Oberarztes auf mögliche (haftungs-)rechtliche Folgen ärztlicher Überzeugungsarbeit für eine gegenteiligen Geburtsplanung – „man ist immer der Blöde“ (I2, OA, Z.156) – kann diese Deutung rechtfertigen.

Im Gegensatz zu einem anscheinend allgemein konsensfähigen Prinzip „Recht auf Selbstbestimmung“ bei der Wahl der Entbindungsart innerhalb der juristischen Profession (vgl. Kapitel 3.3.2) weisen Äußerungen der interviewten FrauenärztInnen eher auf Sicht- und Handlungsweisen hin, die als professionsinterne Verunsicherung bezeichnet werden können.

#### 5.4.4 Resümee – „(...) wenn der Oberste sagt, so<sup>183</sup>“ zu „(...) man ist immer der Blöde.“<sup>184</sup>

In den ExpertInneninterviews finden sich deutliche Hinweise auf unterschiedliche, zunächst nicht mittelbar ersichtliche Kontextualitäten, die geburtsklinische Interaktionen zwischen Nutzerinnen und ärztlichen Professionellen in der Entscheidungsfindung für oder gegen die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ maßgeblich beeinflussen können. Bezug nehmend auf die Fragestellung „Welche Limitierungen durch strukturelle und ökonomische Versorgungssystemvorgaben benennen die Interviewten im Hinblick auf diese Interaktionen?“ lässt sich das Interviewmaterial in drei übergeordnete Themenfelder gliedern.

Gemeinsam ist allen drei Bereichen, dass sich die Interviewten jeweils in ihrer ärztlichen Entscheidungsfindung als verunsichert bis eingeschränkt beschreiben oder bei ihnen der Eindruck entsteht, sich überhaupt nicht aktiv mit einer eigenen Positionierung in den Entscheidungsprozess einbringen zu können. Wiederum sind diese drei Themenfelder als eine theoretisierende Kategoriebildung zu verstehen, im geburtsklinischen Arbeitsalltag stehen die einzelnen Komponenten (s. Abb.2) in vielfachen Wechselwirkungen zueinander und können komplexen Einfluss auf ärztliche Entscheidungen und ärztliches Handeln nehmen.

Die drei Bereiche „Mangelnde Evidenzbasierung und weitere (versorgungs-)systemimmanente Kommunikationsdefizite“, „Strukturell-ökonomische Limitierungen“ und „Informed consent-Insuffizienz“ mit ihren einzelnen Wirkkomponenten bedingen und stützen einander als Systemgefüge in vielfältiger Weise. Von großer Bedeutung scheinen hierbei insbesondere die Festschreibung von Abhängigkeiten und Hierarchien zu sein, (strategische) Handlungen, die Verunsicherung als auch Machtab-sicherung herstellen, nehmen diesbezüglich eine zentrale Rolle in dem System ein.

Der Einflussbereich „Mangelnde Evidenzbasierung und weitere (versorgungs-)systemimmanente Kommunikationsdefizite“ richtet den Blick auf die komplexen (Aus)Handlungen innerhalb verschiedener Kommunikationsstrukturen, die in der klinikärztlichen Entscheidungsfindung für oder gegen die Durchführung einer gewünschten Schnittentbindung Berücksichtigung finden können oder müssen. Unterschieden werden von den Interviewten angeführte Limitierungen in der direkten Kommunikation zwischen ÄrztInnen und NutzerInnen, in der klinikinternen Kommunikation zwischen ärztlichen Professionellen sowie bei den Kommunikationsstrukturen an der

---

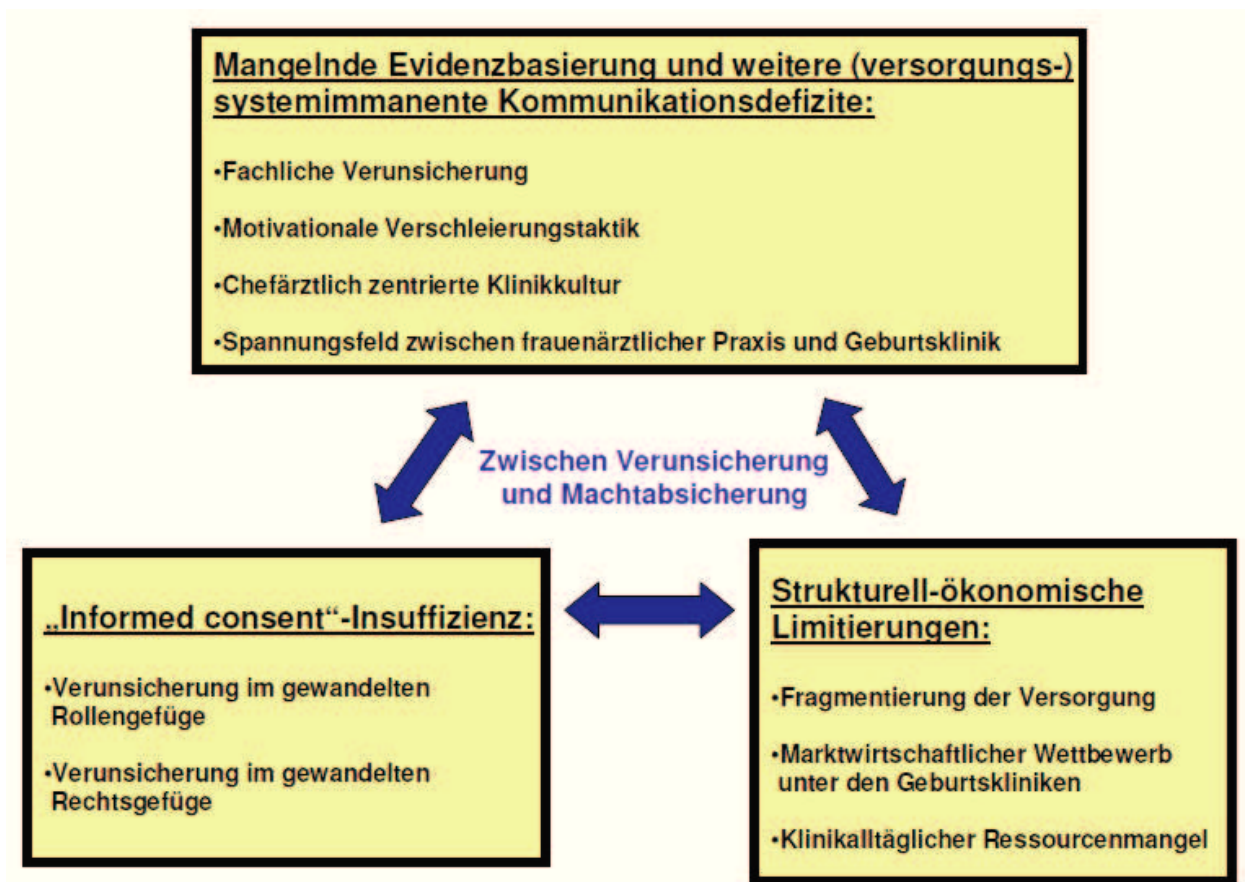
<sup>183</sup> I14, OÄ, Z.746

<sup>184</sup> I2, OA, Z.156

Schnittstelle zwischen frauenärztlicher Praxis und Geburtsklinik. Vorangestellt wurde diesen (defizitären) Kommunikationsstrukturen – unter dem Label „Fachliche Verunsicherung“ – eine von den Interviewten beklagte mangelnde Evidenzbasierung. Da ärztliches Aushandeln von geburtsmedizinischen Entscheidungen in den genannten Kommunikationsebenen in hohem Maße auf medizinisch-gängigen Begründungsmustern basiert, die keine Evidenzbasierung aufweisen, kann dieser Umstand als ein system-übergeordnetes, professionsinternes Kommunikationsdefizit angesehen werden. Je nach subjektiver Bewertung und Einordnung dieser Begründungsmuster durch ÄrztInnen, kann eine damit einhergehende fachliche Verunsicherung entsprechende Auswirkungen in den verschiedenen Kommunikationszusammenhängen des geburtsmedizinischen Versorgungssystems nach sich ziehen.

Abbildung 2:

Limitierungen im klinikärztlichen Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunsch-kaiserschnitt“:





Unter dem Begriff „Motivationale Verschleierungstaktik“ können die von den Interviewten genannten Erfahrungen mit Antizipation und Suggestion einer systemverträglichen Begründung für einen „Wunschkaiserschnitt“ seitens der Nutzerinnen zusammengefasst werden. Eine Vorwegnahme erwarteter ärztlicher Reaktionen auf die Wunschformulierung nach Kaiserschnitt wird von den FrauenärztInnen mit einer mangelnden Gesprächsoffenheit von NutzerInnen in Verbindung gebracht. Daraus resultiert für sie letztlich der Eindruck, nicht aktiv an der Entscheidung beteiligt zu werden.

Deutlich eingeschränkte ärztliche Handlungsoptionen werden von Befragten – sowohl mit einem assistenzärztlichen und fachärztlichen als auch oberärztlichen Status – ebenfalls im Zusammenhang mit einer „Chefärztlich zentrierten Klinikkultur“ beschrieben. Eine leitungszentrierte Kommunikations- und Entscheidungsstruktur in der geburtsklinischen Versorgung scheint Gefahr zu laufen, dass selbst AkteurInnen mit (formal) oberärztlichen Entscheidungskompetenzen sich mit einer aktiv eingebrachten, eigenen Positionierung im Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ zurücknehmen (müssen), falls diese konträr zur Anweisung der chefärztlichen Leitung steht. Zudem finden sich in den Interviews Hinweise, dass eine solche chefärztliche (Macht-)Stellung eine angstgeprägte klinikinterne Kommunikation unter den ärztlichen MitarbeiterInnen zur Folge haben kann. Die hierarchischen, geburtsklinischen Strukturen und die daraus abgeleiteten (forensischen) Verantwortlichkeiten scheinen einen offenen, fachlichen Austausch und eine (selbst-)kritische Reflexion – ohne Tabuisierung von Fehlern – von geburtsmedizinischen (Be-)Handlungen innerhalb eines Teams von ÄrztInnen und Hebammen offensichtlich zu erschweren.

Schließlich weisen Interviewpassagen auch auf ein Kommunikationsdefizit an der Schnittstelle zwischen frauenärztlicher Praxis und Geburtsklinik hin. Die Interviewten berichten von einer (zumindest teilweisen) Einweisungspraxis der Niedergelassenen, die schon eine prästationär abgeschlossene Entscheidung für einen „Wunschkaiserschnitt“ und keine Bereitschaft für einen fachlichen Austausch mit den KlinikerInnen zu signalisieren scheint. Bei einer gleichzeitig als systemabhängig erlebten ärztlichen Stellung am Ende einer geburtsmedizinisch-sektoralen Versorgungskette wird dieses Handeln von den Befragten mit einer (Entscheidungs-)Macht der Niedergelassenen in Verbindung gebracht, die ihnen als KlinikerInnen eine alleinige Rolle als ausführende DienstleisterInnen in diesem Geschehen zuschreibt.

Die Gestaltung durch bewusste Einnahme einer (klinik-)ärztlichen Machtposition von Interaktionen mit Nutzerinnen, die den Wunsch nach Kaiserschnitt formulieren (vgl. Kapitel 5.3) scheint eindeutige Entsprechungen in professionsinternen Kommunikationsstrukturen im geburtsmedizinischen Versorgungssystem zu haben. Diese Art der institutionalisierten Kommunikationskultur ist offenbar (vorrangig) darauf ausgerichtet, Hierarchien und Machtstrukturen innerhalb des Systems herzustellen und zu sichern. Ersichtlich wird ferner, dass Interaktionen und Kommunikationsgestaltung im Hinblick

auf die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ zwischen Nutzerinnen und KlinikärztInnen mehr Entscheidungskontextualitäten unterliegen, als der alleinige Blick auf die so genannte Mikroebene von Handlungen innerhalb der geburtsklinischen Versorgung erkennbar werden lässt.

Der zweite, mit Limitierungen bei der klinikärztlichen Entscheidungsfindung einhergehende gebildete Themenbereich „Strukturell-ökonomische Limitierungen“ verdeutlicht noch eindringlicher, wie (politische Entscheidungs-)Prozesse auf Meso- und Makroebene geburtsklinische Entscheidungs- und Versorgungssituationen bei der Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ beeinflussen (können).

Für die Interviewten stellt zunächst die „Fragmentierung der Versorgung“ ein zentral-limitierendes Element in klinikärztlichen Entscheidungsfindungen für gewünschte Schnitttentbindungen dar. In der geburtsmedizinischen Regelversorgung ist kein frühzeitiger oder kontinuierlicher klinikärztlicher Kontakt zu Schwangeren vorgesehen. Die Erfahrungen der Befragten lassen vermuten, dass Nutzerinnen den Entscheidungsprozess für eine geplante Schnitttentbindung schon vor klinischem Erstkontakt abgeschlossen haben. Erneut führt dies bei den interviewten FrauenärztInnen zu der Wahrnehmung, am Ende einer fragmentierten, geburtsmedizinischen Versorgungskette zu stehen, bei der von ihnen nur noch die Umsetzung von zuvor durchlaufenen Entscheidungsprozessen erwartet wird.

Ferner schildern die ÄrztInnen, wie stark ökonomische Aspekte in ihren Entscheidungsprozessen Berücksichtigung finden (müssen). Im politisch gewollten „Marktwirtschaftlichen Wettbewerb unter den Geburtskliniken“ kann offenkundig eine (dadurch notwendige) Orientierung am (Dienst-)Leistungsangebot konkurrierender Einrichtungen klinikärztliche Überlegungen beeinflussen und zur Entscheidung für eine (wirtschafts-)systemverträgliche Durchführung des „Wunschkaiserschnitts“ führen.

Zudem beschreiben die Befragten Arbeitsbedingungen im Rahmen marktwirtschaftlich ausgerichteter geburtsklinischer Versorgung, die von zunehmender Verdichtung ärztlicher Arbeitsprozesse geprägt sind. Als Konsequenz des „Klinikalltäglichen Ressourcenmangels“ von Personal und Zeit beklagen die Interviewten, dass sich Gespräche mit Nutzerinnen, die den Wunsch nach Schnitttentbindung äußern, (zeitlich) nicht angemessen gestalten lassen. Die Befragten führen aber auch Kommunikationsdefizite im klinikinternen ärztlichen Austausch als auch im Kontakt mit niedergelassenen KollegInnen auf diesen Umstand zurück.

Die strukturell-ökonomischen Rahmenbedingungen des derzeitigen geburtsmedizinischen Versorgungssystems werden von den ÄrztInnen bei ihrer Entscheidung für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ als vielfältig einschränkend erlebt. Die Entwicklung zur konkurrenzwirtschaftlich geburtsklinischen Versorgung scheint zudem bei ihnen mit dem beruflichen Bild einherzugehen, dass die klinikärztliche Tätigkeit – in dem hier untersuchten Entscheidungskontext – vorrangig eine (wirtschaftliche)

Dienstleistungsfunktion darstellt und eine aktive klinikärztliche Positionierung zunehmend als damit unvereinbar ansehen wird.

Schließlich konnten Interviewpassagen, die ein Erleben von Einschränkungen im klinikärztlichen Entscheidungsprozess für oder gegen die Durchführung einer gewünschten Schnittentbindung thematisieren, einem dritten, dem „Informed consent-Insuffizienz – Bereich“ zugeordnet werden. Im Zentrum des Themenfeldes steht die Vorstellung von mündigen und informierten Nutzerinnen des geburtsmedizinischen Versorgungssystems. Bei genauerer Betrachtung wird insbesondere in diesem Abschnitt der empirischen Analyse erkennbar, wie stark gesellschaftliche Diskurse die derzeitigen Wechselwirkungen zwischen Mikro-, Meso- und Makroebene hinsichtlich des untersuchten Forschungskontextes prägen und ein entsprechendes (Interessen-) Systemgefüge stützen. Mit dem (vermeintlich) gesellschaftlichen Konsens von mündigen, schwangeren Nutzerinnen ist ein Rollenwandel aller beteiligten AkteurInnen im Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ verbunden. Die Interviewten sehen diese Entwicklung mit vermehrtem Sicherheits- und Anspruchsdenken seitens der Schwangeren einhergehen, das wiederum seine Konsequenzen in veränderter Rechtsauslegung findet, die verstärkt das Selbstbestimmungsrecht auf eine Entbindungsart von Schwangeren in den Mittelpunkt rückt. Auch im Zuge dieses „gewandelten Rollen- und Rechtsgefüges“ erleben sich die ÄrztInnen zunehmend in einer Rolle als klinikärztliche DienstleistungserbringerInnen für die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“. In den Interviews lassen sich Hinweise finden, dass dieser sozialpolitische Wandel zu unterschiedlichen ärztlichen Sicht- und Handlungsweisen in der Versorgungspraxis mit „Wunschkaiserschnitt“ führen kann, ob diese allerdings zur Umsetzung selbstbestimmter Entscheidungen von Schwangeren beitragen, erscheint mehr als fraglich:

Das Bild von mündigen, (prästationär schon gut) informierten Nutzerinnen mit Rechtsanspruch auf einen selbstbestimmten Geburtsmodus scheint sowohl zur (vermeintlichen) Entlastung von ausführlicher, klinikärztlicher Aufklärungspflicht führen zu können, als auch bei den Interviewten den Eindruck hervorrufen zu können, ihre ärztliche Expertise und Positionierung habe nunmehr keinerlei Relevanz für die schon im Vorfeld getroffenen Entscheidungen. Gleichwohl werden auch Zweifel geäußert, inwieweit eine selbstbestimmte Entscheidung von Schwangeren für einen „Wunschkaiserschnitt“ unter den gegebenen Rahmenbedingungen überhaupt möglich ist. Eine kritische Reflexion des Konstruktes „Nutzerinnenautonomie“ kann auch zur Verunsicherung hinsichtlich – eines in diesem speziellen Kontext angestrebten – adäquaten ärztlichen Handelns führen.

Schließlich können (antizipierte) Konsequenzen zunehmender forensischer Relevanz der Selbstbestimmung von Nutzerinnen für einen Geburtsmodus eine klinikärztliche „Dienstleistungsmentalität“ befördern, da Interviewte die Rolle als Leistungserbrin-

gerInnen gewünschter Schnittentbindungen auch mit der Abgabe von Verantwortung für mögliche negative Folgen des Eingriffs an andere AkteurInnen verbinden.

Festzuhalten bleibt, dass die Forschungsfrage „Welche Limitierungen durch strukturelle und ökonomische Versorgungssystemvorgaben benennen Interviewte im Hinblick auf Interaktionen, in denen Schwangere den Wunsch nach Kaiserschnittentbindung äußern?“ auf der Vorannahme eines komplexen Zusammenwirkens von Einflussfaktoren eines nunmehr wirtschaftlich ausgerichteten, geburtsmedizinischen Versorgungssystems basierte. Bei Auswertung des Interviewmaterials lassen sich auch viele Belege finden, – in diesem Abschnitt im Themenbereich „Strukturell-ökonomische Limitierungen“ gebündelt – die diese Vorannahme stützten.

Weitaus überraschender gestalten sich jedoch die unter dieser Fragestellung gewonnenen Erkenntnisse, die aus klinikärztlicher Perspektive dazu beitragen, das Wechselspiel zwischen strukturell-ökonomischen Rahmenbedingungen und weiterer systembedingter Kontextualitäten zu erfassen. Mit Blick auf die Bereiche „Mangelnde Evidenzbasierung und weitere (versorgungs-)systemimmanente Kommunikationsdefizite“ sowie „Informed consent-Insuffizienz“ wird deutlich, wie stark die interne ärztliche Kommunikationskultur und der Diskurs um „selbstbestimmte Nutzerinnen geburtsklinischer Versorgung“ Einfluss auf (wirtschaftlich relevante) Entscheidung(sstruktur)en nehmen. Innerhalb dieses Gefüges scheint insbesondere dem Aushandeln von – im hierarchischen Sinne verstandenen – Entscheidungskompetenzverteilung zentrale Bedeutung zuzukommen. So berichten Interviewte über Erfahrungen von kommunikativen Ausgestaltungen in Interaktionen mit allen beteiligten AkteurInnen im geburtsmedizinischen Versorgungssystem, die vorrangig der Herstellung von Abhängigkeiten und Machtpositionen zu dienen scheinen.

Sowohl aufgrund strukturell-ökonomischer Rahmenbedingen als auch im Zuge der dargestellten Kommunikations- und Diskursausrichtung erleben sich die interviewten FrauenärztInnen in einer Position am Ende einer geburtsmedizinisch-sektoralen Versorgungskette, die ihnen als KlinikerInnen eine alleinige Rolle als ausführende DienstleisterInnen in dem Geschehen „Wunschkaiserschnitt“ zuschreibt. Zweifellos hat eine klinikärztliche (Selbst-)Wahrnehmung als „Nicht-Aktiv-Handelnde“ im Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ Auswirkungen auf die Gestaltung von Inhalts- und Beziehungsebene in Interaktionen mit Schwangeren, die entsprechenden Wunsch formulieren. Für genaueres Erfassen des komplexen Geschehens, das durch die leitende Forschungsfrage „Wie erleben klinisch tätige FrauenärztInnen Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern?“ intendiert ist, wird es nun erforderlich, den Blick auf die unterschiedlichen Umgangsweisen und Lösungsvorschläge der Interviewten hinsichtlich der geschilderten Einschränkungen und Verunsicherungen zu richten.

## **5.5 (Problem)Lösungsmöglichkeiten bei dem Entscheidungsprozess für einen Kaiserschnitt auf Wunsch aus Sicht der KlinikärztInnen**

Bei der Auswertung des Datenmaterials lassen sich unter der Fragestellung „Welche Lösungsstrategien entwickeln oder wünschen sich die Befragten in ihrem klinikärztlichen Entscheidungsprozess für oder gegen eine gewünschte Schnittentbindung?“ verschiedene Umgehensweisen und Haltungen erkennen. Diese können aber dennoch in zwei grundsätzliche Ausrichtungen eingeteilt werden.

In einer ersten Kategorie werden so genannte „Individuelle Entlastungsstrategien“ zusammengefasst mit denen Interviewte insbesondere Problematiken bei Entscheidungsfindungen begegnen, die zuvor in Verbindung mit dem Diskurs um „Selbstbestimmung schwangerer Nutzerinnen“ beschrieben wurden.

Der zweiten Kategorie „Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen“ hingegen können Lösungsstrategien zugeordnet werden, die überwiegend Einschränkungen entgegentreten, die im Rahmen von „(Versorgungs-) systemimmanenten Kommunikationsdefiziten“ und „Strukturell-ökonomischen Limitierungen“ aufgeführt wurden. In dieser Kategorie werden sowohl schon praktizierte Lösungsansätze als auch ergänzende oder weiterführende Wünsche und Visionen der Interviewten zu einer verbesserten geburtsmedizinischen Versorgung gebündelt.

Mit Blick auf den „Klinikalltäglichen Ressourcenmangel“ wird von Befragten der Wunsch formuliert *„durch einen besseren Personalschlüssel mehr Zeit“* (I6, AÄ, Z.448) für einen adäquateren Umgang mit der Thematik „Wunschkaiserschnitt“ im klinischen Versorgungsalltag zu erhalten. In diesem Zusammenhang wird folgerichtig *„Geld [als] Grundvoraussetzung, um viele Dinge überhaupt eben in Gang zu setzen“* (I1, CA, Z.680-681) gewünscht. Ganz bewusst wurden diese Wünsche allerdings nicht der zweiten Kategorie zugeordnet, da es hierbei an „konzeptioneller Substanz“ fehlt; nichtsdestotrotz sollen sie Erwähnung finden. Gleichwohl wird die Finanzierung geburtsmedizinischer Versorgung auch unter Berücksichtigung einer Systemperspektive von den interviewten FrauenärztInnen thematisiert und findet somit in der – die Kategorie „Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen“ abschließenden – Forderung „Öffentlicher Diskurs“ Eingang.

### **5.5.1 Individuelle Entlastungsstrategien**

Dieser Kategorie lassen sich drei Varianten von Lösungsstrategien bei klinikärztlichen Entscheidungsfindungen für einen „Wunschkaiserschnitt“ zuordnen. Gemeinsam ist allen Haltungen oder Handlungen, dass ein entlastender Umgang mit Verunsicherungen gesucht wird, die in engem Zusammenhang mit einem Wandel der ärztlichen Rolle als DienstleistungserbringerInnen betrachtet werden können. Die ärztliche (Selbst)Wahrnehmung als ausführende DienstleisterInnen im Geschehen

„Wunschkaiserschnitt“ wird von Befragten in diesem (Lösungs-)Kontext vorrangig mit einer diskursiven Fokussierung auf die selbstbestimmte Wahl der Entbindungsart durch mündige Schwangere verbunden.

### „Shift-Decision-Making“<sup>185</sup>

In den Kapiteln zuvor wurde zwar aufgezeigt, welche Zusammenhänge Interviewte zwischen der hierarchisch organisierten Struktur des geburtsklinischen Versorgungsssegmentes und Defiziten in der klinikinternen Kommunikation unter (ärztlichen) Professionellen in Entscheidungsprozessen zur Durchführung gewünschter Schnittentbindungen kritisch beschreiben. Dennoch scheint die – mit entsprechendem ärztlichen Status zugeschriebene – fehlende Entscheidungskompetenz für diese operativen Intervention gleichfalls eine entlastende Komponente zu beinhalten.

*„Also das ist ja, da bin ich denn immer auch ganz froh, wenn jemand anders mir die Entscheidung abnimmt, ob da wirklich ein Kaiserschnitt gemacht wird, und ob man sozusagen auf die Frau eingeht oder nicht“ (I16, AÄ, Z.245-249).*

Ausdrücklich benennt eine Assistenzärztin die Erleichterung, dass ihr die Entscheidung zur Sectiodurchführung abgenommen wird, aber auch eine Interviewte mit abgeschlossener fachärztlicher Weiterbildung – und damit offiziell bescheinigter Befähigung zum Stellen von Indikationen für operative Eingriffe – nutzt die Absicherung ihrer Entscheidungen durch die ihr direkt übergeordnete klinikärztliche Statusgruppe:

*„Also, ich bin Fachärztin, nicht Oberärztin, hab mich nochmal nach oben versichert“ (I9, FÄ, Z.739-740).*

Desgleichen beruft sich nachfolgend zitierter Oberarzt auf schon getroffene Entscheidungen seines direkten Vorgesetzten.

*„Ja, wie gesagt, da hab ich nicht so viel damit zu tun, das läuft über den Chef eigentlich mehr, weil wir machen mehr die Gynäkologie und ja, dann nur im Dienst so. Dann ist es aber meistens alles schon geregelt, so dass ich da nicht so viel damit zu tun habe“ (I2, OA, Z.110-114).*

Eine chefärztlich-leitungszentrierte Entscheidungsstruktur scheint für fachärztliche Professionelle in untergeordneten Statusgruppen die Möglichkeit zu bieten, sich in Interaktionen mit Nutzerinnen mit Kaiserschnittwunsch nicht positionieren zu müssen.

---

<sup>185</sup> Der Begriff „Shift-Decision-Making“ wurde in der Literatur bereits verwendet, allerdings in einem anderen Zusammenhang (Ginzberg, 1990, S.163).

Denkbar ist, dass der Rückbezug auf eine höhere ärztliche Entscheidungsinstanz auch strategisch zur Interaktionsgestaltung eingesetzt werden kann und zudem eine entlastende Funktion durch die Abgabe von Verantwortung inne hat. Hierarchien und Machtstrukturen innerhalb des Handlungssystems Geburtsklinik können somit für die am Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ beteiligten fachärztlichen AkteurInnen auch einen „sekundären Hierarchie-Gewinn“<sup>186</sup> darstellen. Dieser „shift factor“ kann im Sinne einer individuell genutzten Entlastungsstrategie in der Gestaltung von Inhalts- und Beziehungsebene in Interaktionen mit Nutzerinnen gedeutet werden.

### **„Wunscherfüllendes“ Handeln**

In den Interviews finden sich Hinweise für eine weitere individuelle Bewältigungsstrategie von KlinikfachärztInnen:

*„Ich merke da schon, dass ich vielleicht in den fünfzehn Jahren für mich auch die Erfahrung gemacht habe, ich kann jemanden nicht überreden. Und an bestimmten Punkten gebe ich dann nach oder lehne ab, aber durchaus auch, gebe ich mehr nach, als ich es vor fünfzehn Jahren gemacht hätte, mit der entsprechenden Aufklärung, mit dem entsprechenden Vermerk oder mit der entsprechenden inneren Haltung für mich zu sagen, gut, hier merke ich, da komme ich nicht weiter, ich gebe das ab. Was ich an den Stellen immer lieber tue sozusagen, soll jemand anders die Verantwortung dafür übernehmen“ (I15, OÄ, Z.726-736).*

Eine Oberärztin berichtet im Rückblick auf ihre fünfzehnjährige klinische Tätigkeit, dass sie mittlerweile eine „entsprechende[...] innere[...] Haltung“ (I15, OÄ, Z.732) entwickelt habe, die sich nunmehr vorrangig in einem „nachgiebigen Handeln“ ausdrückt. Mit Hinweis auf die schriftliche Dokumentation von erfüllten formaljuristischen Anforderungen für eine Aufklärung und der expliziten Formulierung „soll [lieber] jemand anders die Verantwortung dafür übernehmen“ (I15, OÄ, Z.735-736) wird deutlich, welchen Einfluss Rechtsprechung, die zunehmend auf das Selbstbestimmungsrecht von Schwangeren bei der Wahl der Entbindungsart fokussiert, auf das ärztliche Handeln der Interviewten ausübt. Zwar spricht die Ärztin nicht offen aus, dass die (alleinige) Verantwortung für die Entscheidung per Sectio zu entbinden somit bei der Schwangeren verbleiben soll, es liegt jedoch nahe, dies so zu interpretieren.

---

<sup>186</sup> Unter einem primären Hierarchie-Gewinn ist in diesem Kontext zu verstehen, dass bestimmte Aufgaben qua Status nicht von ÄrztInnen erledigt werden können (und müssen), beispielsweise fällt das Stellen operativer Indikationen nicht in den Kompetenzbereich von NichtfachärztInnen. Als sekundärer Hierarchie-Gewinn kann das „Delegieren“ von Aufgaben und Entscheidungen an die übergeordnete ärztliche Statusgruppe verstanden werden, obwohl diese grundsätzlich im Tätigkeits- und Kompetenzbereich der jeweiligen ÄrztInnen angesiedelt sind (oder zumindest qua fachärztlichem Status sein können).

Eine vergleichbare Haltung und ein über die Dauer stationärer Berufsausübung verändertes Handeln lassen sich ebenfalls bei einer Fachärztin erkennen:

*„Jeder verändert sich vielleicht im Lauf seiner Berufsausübung, oder wenn er wieder was Schlimmes erlebt hat, ist er vielleicht eher wieder zu sagen gut, wer sich das wünscht, soll es kriegen. Und vielleicht sagen einige auch, es ist gar nicht meine Aufgabe mehr, eine Frau durch eine vaginale Geburt zu begleiten, wenn sie es nicht will“ (I9, FÄ, Z.619-624).*

Die Wortwahl der Befragten – „*was Schlimmes erlebt*“ (I9, FÄ, Z.621) – im Zusammenhang mit ihrer geburtsklinischen Tätigkeit und daraus gezogenen Konsequenzen lässt wiederum die Abgabe forensischer Verantwortung als handlungsleitendes Motiv vermuten. Ein wunscherfüllendes ärztliches Handeln – „*wer sich das wünscht, soll es kriegen*“ (I9, FÄ, Z.622) – verbindet die Ärztin schließlich auch mit dem Wandel der ärztlichen Rolle in der geburtsklinischen Versorgung und (vermeintlich) veränderter ärztlicher Aufgaben. Einen zusätzlich entlastenden Aspekt wunscherfüllenden Handelns spricht ein Oberarzt aus:

*„Nö, von mir aus soll jeder machen was er will, jeder. Ich bin mit dem Kaiserschnitt, bin ich in einer Stunde durch, mit dem anderen hab ich vielleicht zehn oder zwanzig Stunden zu tun. Das spielt schon, auch mit zunehmendem Alter spielt das schon eine Rolle. Nachtarbeit ist Scheißarbeit. Muss man letztendlich sagen, denn die kostet einem Lebenszeit“ (I2, OA, Z.270-275).*

Ärztliche Gestaltung von Interaktionen mit Schwangeren mit Kaiserschnittwunsch, die von einer Haltung eines generell-wunscherfüllendes ärztlichen Handelns geprägt ist, scheint erneut fachärztlichen „Benefit“ von Verantwortungsabgabe für Sectioentscheidungen mit sich zu bringen.

Zudem kann diese als Bewältigungsstrategie für steigende Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung im Klinikalltag fungieren, indem durch Erfüllung des Kaiserschnittwunsches eine mutmaßlich zeit- und arbeitsintensive vaginale Geburt vermieden werden kann. Die Verantwortung für die Entscheidung zur Schnittentbindung soll durch Anwendung dieser Entlastungsstrategie (alleinig) bei den Nutzerinnen verbleiben. Zugleich bietet eine Fokussierung auf das „Kundinnen-DienstleistungserbringerInnen-Konstrukt“ die Möglichkeit das wunscherfüllende Handeln – angesichts des vermeintlich gesellschaftlichen Konsenses diesbezüglich – zu legitimieren.



### **Konnotativer Wandel geburtsmedizinischer Gütekriterien**

Neben Bezugnahme auf eine klinikärztliche Rolle von (Dienst-)Leistungserbringenden gewünschter Schnitttentbindungen zeigt sich in den Interviews eine weitere Form der Legitimierung ärztlichen Handelns, dem eine grundsätzliche – zur eigenen Entlastung eingesetzte – Bereitschaft zur Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ zugrunde liegt:

*„Also, das spielt, also die Rate und die Art spielt für mich keine Rolle. Entscheidend ist die, das Outcome, wie die Zwerge sind, ob die PH-Werte und die Apgar-Werte in Ordnung sind. Alles andere spielt für mich keine Rolle, wie das zustande kommt, mag dahin gestellt sein“ (I2, OA, Z.238-242).*

In diesem Zitat beschreibt ein Oberarzt die für ihn relevanten geburtsmedizinischen Gütekriterien. Von zentraler Bedeutung sind für ihn die „Short-term-outcome“-Parameter, die ausreichende kindliche Sauerstoffversorgung unter der Geburt belegen sollen. Die Vermutung liegt nahe, dass eher die forensische als die medizinische Relevanz dieser Parameter eine nicht unwesentliche Rolle dabei spielen dürfte. Deutlich bringt der Arzt hingegen zum Ausdruck, dass für ihn die Art der Entbindung oder die Höhe von Kaiserschnittraten keinerlei qualitative Bedeutung aufweisen. Für die im Anschluss zitierte Fachärztin ist zur Beurteilung einer qualitativ hochwertigen Geburtsmedizin ebenfalls der Geburtsmodus kein geeignetes Gütekriterium. Zunächst betont die Interviewte die Wichtigkeit möglichst geringer postpartaler Morbidität und Mortalität von Frauen und Kindern, eng damit verknüpft wird allerdings auch das „Qualitätskriterium Zufriedenheit“.

*„Für mich persönlich ist eine gute Geburtshilfe zum einen, wenn die Frauen und Kinder gesund aus der Geburt herauskommen, wenn sie zufrieden sind mit der Geburt, egal auf welchem Modus es gelaufen ist, das einfach so eine Zufriedenheit der Beteiligten da ist. Aber das höchste ist eigentlich, dass die Kinder fit sind, gesund sind“ (I13, FÄ, Z.380-385).*

Noch eindeutiger definiert und reduziert ein chefärztlich Klinikleiter die Qualität einer Geburtsklinik auf die (poststationäre) Zufriedenheit der Nutzerinnen:

*„Die Qualität einer Geburtsklinik zeigt sich nicht in der Kaiserschnitttrate, sondern eigentlich wie zufrieden die Mehrheit der Frauen von dieser Klinik wieder geht“ (I18, CA, Z.454-457).*

Die aufgeführten Interviewauszüge sind im engen Zusammenhang mit dem postulierten Paradigmenwechsel – niedrige Kaiserschnittraten nicht mehr als geburtsmedizi-

nisches Qualitätskriterium zu werten – zu sehen. Beachtenswert ist jedoch, dass in den Zitaten das „klassisch-gängige“ medizinische Begründungsmuster „Mehr Gesundheit für Mutter und Kind“ nur marginal Erwähnung findet. Die (vermeintliche) Verbesserung des medizinischen Outcome findet in entsprechenden Textstellen vorrangig Ausdruck im Verweis auf forensisch relevante, postpartale (Labor-)Parameter, die den kindlichen Gesundheitszustand dokumentieren (sollen). Hingegen wird insbesondere die Bedeutung der Zufriedenheit von Nutzerinnen als Güte(r)-kriterium der Geburtsklinik betont. Ein derartiger konnotativer Wandel geburtsmedizinischer Gütekriterien versucht an den zuvor angeführten, schon konventionalisiert erscheinenden Paradigmenwechsel anzuknüpfen, kann aber dennoch als individuelle Konnotation der Interviewten gedeutet werden. Dies stellt keine handelnde Lösungsstrategie dar, kann jedoch als handlungsleitende Haltung dienen, um einen Umgang mit der (scheinbar systemimmanent notwendigen) Kundinnenorientierung in der geburtsklinischen Versorgung zu finden und zu legitimieren.

Individuelle Entlastungsstrategien der Interviewten scheinen sich in ärztlichem Handeln zu zeigen, das durch „Shift-Decision-Making“ eine „Nicht-Positionierung-und-Nicht-Entscheidung“ ermöglicht oder von grundsätzlicher „wunscherfüllender“ Bereitschaft zur Durchführung von Schnittentbindungen geprägt wird. Motivational scheinen hierbei Rollenkonflikte und Befürchtungen rechtlicher Konsequenzen im Vordergrund zu stehen. Zudem scheint entlastend zu sein, ein entsprechendes Handeln im Kontext vermeintlich konsensfähiger medizinischer und sozialpolitischer Paradigmenwechsel zu legitimieren. Eine Einbindung oder eine lösungsorientierte Auseinandersetzung mit weiteren, an der Entscheidung für einen entsprechenden operativen Eingriff beteiligten, AkteurInnen ist in diesem (Lösungs-)Kontext nicht zu erkennen.

### **5.5.2 Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen**

Die von den interviewten FrauenärztInnen genannten Lösungsstrategien, die der Kategorie „Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen“ zugeordnet werden, lassen sich in vier Bereiche einteilen. Im Gegensatz zu den Umgehensweisen aus der ersten Kategorie basieren die hier aufgeführten entwickelten oder angestrebten Lösungsansätze immer auf Einbindung oder Kooperation von mehreren, an dem „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ beteiligten AkteurInnen. Die diesen Lösungsstrategien zugrunde liegenden konzeptionellen Überlegungen fokussieren insbesondere auf Abbau von Defiziten im Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“, auf die Befragte im Zusammenhang mit „(Versorgungs-)systemimmanenten Kommunikationsdefiziten“ und „Strukturell-ökonomischen Limitierungen“ hingewiesen haben.

### **Verzahnung der geburtsmedizinischen Versorgungskette**

Angesichts der durch eine fragmentierte geburtsmedizinische Versorgung von Nutzerinnen als zentral erlebten Einschränkung wird von Interviewten demzufolge großes Verbesserungspotential in einer Verzahnung der Versorgungskette gesehen.

*„Vielleicht dass man sagt, dass die Schwangerenvorsorge als Prozess betrachtet wird, wo halt vielleicht auch nicht nur der Niedergelassene vom Tag der Befruchtung bis zur Geburt eingebunden ist, sondern dass die Vernetzung zwischen Klinik, Hebammen und Praxis etwas enger wird. Denn in dem Feld, wo das funktioniert, habe ich das Gefühl, dass man da Frauen mit Problemen auch wirklich viel, viel besser auch durch die Geburt begleiten kann. Wenn wir die wirklich halt schon vorher kennen, wenn der Kontakt zwischen Hebammen, den Niedergelassenen und der Klinik sich schon vorher aufgebaut hat, dass ein Vertrauensverhältnis auch da ist. Also ich denke, das ist vielleicht was, wo ich sagen würde, da könnte ich mir eine besser Verzahnung vorstellen, die dann halt auch bezahlt und gewünscht werden muss“ (I9, FÄ, Z.510-523).*

Eine Fachärztin bezieht in eine enger gewünschte Vernetzung des ambulanten und stationären Sektors ausdrücklich die Versorgung durch Hebammen ein. Die Interviewte berichtet von ihrer Erfahrung, dass aus frühzeitigem Kontakt und kontinuierlicher Begleitung von Schwangeren durch Hebammen sowie niedergelassene und klinisch tätige FrauenärztInnen eine verbesserte peripartale Versorgung resultiert. Die Formulierung *„dass man da Frauen mit Problemen auch wirklich viel, viel besser auch durch die Geburt begleiten kann“* (I9, FÄ, Z.516-517) lässt vermuten, dass die Ärztin darunter auch einen erhöhten Anteil von angestrebten (und erfolgreich beendeten) vaginalen Geburten versteht. Dies führt sie primär auf den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zurück. Offen bleibt allerdings, ob das angeführte Vertrauensverhältnis vorrangig auf Nutzerinnenkontakte mit einzelnen Professionellen basiert oder auch verbesserte (Kommunikations-)Beziehung zwischen allen professionellen AkteurInnen einschließt.

Die folgend zitierte Oberärztin hingegen wünscht sich explizit verbesserten fachlichen Austausch an der Schnittstelle zwischen Geburtsklinik und frauenärztlicher Praxis, dafür verweist sie beispielhaft auf postpartale Betreuung.

*„Aber ich würde mir durchaus mehr wünschen, dann eine Rückmeldung zu haben. Oder auch dass die Niedergelassenen die Frauen im Prinzip ermutigen, sich nochmal vorzustellen“ (I15, OÄ, Z.582-585).*

Beachtenswert ist dies, da sich hier ein erweitertes Verständnis geburtsklinischer Versorgung zeigt. Die Betreuung von Wöchnerinnen wird in der Regel – als wenig

lukrativer Versorgungssektor – Hebammen zugeschrieben. Im Hinblick auf die Äußerung der Oberärztin erscheint denkbar, dass der von ihr gewünschten Einbindung in die Wochenbettbetreuung vorrangig die Motivation zugrunde liegt, durch „Rückmeldung[en]“ (I15, OÄ, Z.583) Hinweise für eine Verbesserung stationärer Versorgung zu erhalten. Deutlich kritisiert eine weitere Oberärztin die inhaltlich-sektorale Ausrichtung und Kompetenzzuschreibung der geburtsmedizinischen Versorgungskette, die nach ihrer Sicht eher von ökonomischen Interessen als von Nutzerinnenorientierung geleitet ist:

*„Ja, ich würde grundsätzlich diese künstliche Trennung von Klinik und Praxis, das ist ja gerade was Schwangerschaft und Geburtshilfe anbelangt absolut bescheuert, dass also so in einzelnen Häppchen die Schwangere hier für die Wellness zur Hebamme geht und hier für die knallharten medizinischen Befunde zu ihrem Frauenarzt geht, und dann wenn es ernst wird ins Krankenhaus geht, wo sie keinen kennt. Das ist ja ein wahnsinnig teures und sehr unökonomisches System, wo man unheimlich viel einsparen könnte und ich glaube auch den Leuten die Qualität sehr verbessern könnte, wenn es zum Beispiel die Möglichkeit gäbe einer ambulanten Betreuung an der Klinik. Aber das ist ja in Deutschland eine heilige Kuh, denn man darf ja, es ist ja auch ein ökonomischer Faktor, dass man die Leute nicht wegnehmen darf“ (I7, OÄ, Z.708-721).*

Erneut wird auf das mutmaßliche Potential ambulanter Schwangerenbetreuung an Geburtskliniken verwiesen, um KlinikärztInnen verstärkt in Entscheidungsprozesse für geplante Entbindungsarten einzubinden und dadurch, so die Vorstellung der Ärztin, eine prozessuale und qualitativ verbesserte Versorgung zu gewährleisten.

### **Interdisziplinäre Kooperation**

Inhaltlich eng verbunden mit dem Lösungskontext verbesserter Verzahnung geburtsmedizinischer Versorgung erscheint zunächst der Aspekt einer (intensiveren) interdisziplinären Kooperation, der von Interviewten aufgegriffen wird.

*„Und ich fände es auch schön, wenn eben diese Hebammenbetreuung, so wie es in den skandinavischen Ländern auch vorhanden ist, dass die auch hier in Deutschland noch mehr Fuß fassen würde. Dass eben die Schwangeren auch durchaus durch die Hebammen mit betreut werden. Weil die sind ja am ehesten noch die glühenden Verfechter der Spontangeburt, die auch am ehesten den Frauen so eine Sicherheit geben können“ (I13, FÄ, Z.525-531).*

Der Hinweis einer Fachärztin auf Schwangerenbetreuung durch Hebammen nach skandinavischem Vorbild<sup>187</sup> macht allerdings schon ersichtlich, dass mit dem hier angewandten Begriff von Interdisziplinarität nicht allein eine Reflexion und Reform von Kompetenz- und Tätigkeitszuschreibungen innerhalb einzelner Professionen der hierzulande bestehenden geburtsmedizinischen Versorgungsstruktur und den damit verbundenen klassisch-fachlichen Inhalten zu verstehen ist. Der Wunsch von Frauen nach Entbindung durch Kaiserschnitt und der diesbezügliche Entscheidungsprozess werden von den Befragten als derart komplexes Geschehen wahrgenommen, dass jenseits der klassischen geburtsmedizinischen Professionen der Einbezug von weiteren Fachdisziplinen zur Problemlösung gewünscht wird.

*„Aber auch die psychische Betreuung, die nach wie vor, glaube ich, einfach zu kurz kommt. Das können die Niedergelassenen, können die nicht leisten, das ist auch nicht ihre Aufgabe in meinen Augen, weil dafür ist die Zeit nicht da. Wir haben hier Sprechzeiten, aber dafür sehen wir die Frauen zu wenig, wir können da also auch nicht korrigierend eingreifen, das geht gar nicht. Und das wäre eine Aufgabe für so Außenberatungsstellen“ (I1, CA, Z.647-654).*

Ein Chefarzt argumentiert zwar zunächst mit fehlenden zeitlichen Ressourcen von ÄrztInnen im Praxisalltag und mangelndem Kontakt von KlinikärztInnen zu Nutzerinnen in der prästationären Versorgung, um seinen Vorschlag einer konzeptionell-integrierten „psychische[n] Betreuung“ (I1, CA, Z.647) durch eine (system-)externe professionelle Begleitung als mögliches Element verbesserter geburtsmedizinischer Versorgung zu begründen. Im Interviewverlauf verweist der Arzt aber auch auf eine schon punktuell gegebene Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und Geburtsklinik:

*„Oder aber auch gerade in diesem Bereich einer sich anbahnenden Konfliktentbindung. Das betrifft ja auch den Fall junge Schwangere, wo wir mit dem Jugendamt mitunter Kontakte kriegen. Aber das wäre natürlich besser, wenn man das schon im Vorfeld aufbauen kann, auch mit der Patientin, die denn sagt, ja, hier bin ich hier bei Euch und denn sieht man sie, dass man das danach zusammenflechtet“ (I1, CA, Z.665-671).*

Diese praktizierte multidisziplinäre Betreuung minderjähriger Schwangerer verdeutlicht, dass Interdisziplinarität als Einbeziehung von Kenntnissen und Kompetenzen weiterer Fachdisziplinen – hier die Kooperation mit SozialpädagogInnen und Sozial-

---

<sup>187</sup> In skandinavischen Ländern kommen seit einigen Jahren Konzepte zum Einsatz, bei denen Hebammen Schwangere mit dem Wunsch nach Schnittentbindung betreuen und verstärkt auf Inhalte aus psychologischen Fachdisziplinen zurückgreifen (Saisto et al., 2006).

arbeitInnen – eine weitere Dimension von Vernetzung (möglicher) beteiligter professioneller AkteurInnen darstellt. Der Lösungsansatz „Interdisziplinäre Kooperation“ zielt auf Beteiligung von Berufsgruppen ab, die im klassischen Sinne (noch) nicht in geburtsmedizinischen Versorgungsstrukturen mitgedacht werden.

Die Äußerung einer Oberärztin zeigt zudem, dass Einbindung anderer Fachdisziplinen nicht nur zur Unterstützung von Nutzerinnen vorteilhaft sein kann:

*„Ich wünsche mir sehr (...) eine Supervision für den Kreißsaal, in die alle eingebunden sein sollten. Ja, und tatsächlich wünsche ich mir mehr Kommunikation, ich wünsche mir mehr so ein Arbeiten an einem Strang“ (I8, OÄ, Z.534-538).*

In einer supervisorischen Begleitung und Beratung geburtsklinisch Tätiger als etablierter Bestandteil der Versorgungsstruktur sieht die Interviewte Verbesserungspotential für professionsinterne Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen. Nach den Vorstellungen der Ärztin ist Supervision ein geeignetes Mittel, offenen, fachlichen Austausch und (selbst-)kritische Reflexion von (Be-)Handlungen innerhalb eines Kreißsaalteams zu fördern.

### **Herstellung von Transparenz**

Der Annahme folgend, dass Entscheidungsprozesse für „Wunschkaiserschnitte“ von Nutzerinnen vorrangig prästationär durchlaufenen werden, finden sich im dritten Bereich in der Kategorie „Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen“ Überlegungen von Befragten, die darauf abzielen, trotz einer klinikärztlichen Position am Ende der geburtsmedizinisch-sektoralen Versorgungskette in die letztendliche Sectioentscheidung mit eingebunden zu werden.

*„Also, ich hab eine Sprechstunde (...), wo die Frauen auch vorgestellt werden. Und ich sage das immer nochmal extra, wir haben (...) hier eine Kreißsaalführung. Wobei manche Frauen diesen Kontakt auch bewusst vermeiden. Also das erlebe ich häufiger. Gerade Frauen, die eine Wunschsectio haben wollen oder eben so eine Sectio ohne richtige Indikation, die schauen sich dann manchmal bewusst den Kreißsaal gar nicht erst an oder gehen nicht zu diesen Schwangereninfoabenden, weil sie mit dem Ganzen eigentlich gar nichts zu tun haben wollen. Das ist dann für mich der erste Einstieg, dass ich sag, Sie müssen hier sowieso rein, ganz egal ob Kaiserschnitt oder normale Geburt, schauen Sie es sich erstmal an“ (I7, OÄ, Z.419-431).*

Eine Oberärztin berichtet von Erfahrungen aus ihrer Kliniksprechstunde mit Nutzerinnen mit Kaiserschnittwunsch, sie schildert, dass diese „[bewusst] Kontakt (...) vermeiden“ (I7, OÄ, Z.422), der eine (erneute) Auseinandersetzung mit der Option

Vaginalgeburt darstellt. Sie begegnet dieser Haltung (zunächst) nicht mit fachlichen Informationen über Vor- und Nachteile verschiedener Entbindungsarten, sondern sucht zur Herstellung einer Kommunikationsbereitschaft als „*erste[n] Einstieg*“ (I7, OÄ, Z.429) die Schaffung von Transparenz im Sinne von Anschaulichkeit: „*Schauen Sie es sich erstmal an*“ (I7, OÄ, Z.431). Die Räumlichkeiten der Institution Geburtsklinik per Anschauung für Nutzerinnen erfahrbar zu machen – in diesem Falle mit einer Kreißsaalführung, stellt eine andere Interaktionsebene dar als ein „klassisches Aufklärungsgespräch mit ärztlicher Fachinformation am Schreibtisch“.

Auf Anschauung, damit Schwangere mit der geburtsklinischen Umgebung, aber auch mit Professionellen vor Ort bekannt werden, setzt ebenfalls ein Chefarzt:

*„Dann machen wir Veranstaltungen immer wieder, wiederkehrende Veranstaltungen für die Frauen. Dann kann man verschiedene Gruppen einteilen, man kann ja nicht alle zusammen, das ist dann zuviel, aber verschiedene Gruppen machen. Informationen über die Schwangerschaft, Gespräche mit psychologischer Hilfe auch. (...). Die Frau muss Vertrauen haben, Vertrauen gewinnen und nicht erst zum Schluss in die Klinik kommen, alles ist unbekannt, die Umgebung ist unbekannt, die Personen sind unbekannt. Und bei der Geburt, also eine Geburt in einer nicht vertrauten Umgebung mit nicht vertrauten Menschen, da gibt es halt einfach mehr Komplikationen, das ist so, das hat man auch in Untersuchungen einfach erwiesen, ja?“ (I18, CA, Z.239-255).*

Im beschriebenen Konzept der Geburtsklinik scheint dennoch der Schwerpunkt auf einer Informationsveranstaltung zu liegen. Unklar bleibt bei den Ausführungen, ob die Informationen vorrangig vortragsartig vom medizinischen Personal vermittelt werden oder ob verstärkt (interaktive) Gruppengespräche Unterstützung im Entscheidungsprozess für Entbindungsart und -ort bieten sollen. Eindeutiger ausgerichtet erscheinen dagegen die Veranstaltungen, die an einer anderen Geburtsklinik verortet sind.

*„Oder Erfahrungsgruppen Frauen untereinander (...), was man ja teilweise in der Klinik durchführt, dass man sagt, man trifft sich, dann kann die Schwangere dazu kommen, das kann auch schon fröhschwanger sein, 16., 18. Woche. Und man trifft sich mit Frauen, die Kinder bekommen haben und tauscht sich mal aus über die Ängste, die einen vielleicht schon in der Schwangerschaft beschäftigen. (...). Und für Frauen ist das sicherlich auch leichter, wenn sie denn mit entsprechend anderen Entbundenen sich darüber kurzschließen konnten. Besser noch, als wenn sie aus einem Buch oder irgendwelchen, ich sag jetzt mal, wissenschaftlichen Zirkeln, weil das ist doch häufig, das ist nicht das, was die Leute denn bewegt. Es sind auch nicht die Fragestellungen, sie werden denn auch mit Zahlen erschlagen, die sie nicht, das bringt ihnen nichts“ (I1, CA, Z.601-620).*

Professionelle Informationsvermittlung scheint in den Hintergrund zu rücken, die Geburtsklinik stellt stattdessen Räumlichkeiten zu Verfügung, um einen offenen Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Schwangeren und auch schon entbundenen Frauen zu ermöglichen. Der chefarztliche Leiter dieser Klinik vertritt die Ansicht, dass in derartigem Rahmen die für Nutzerinnen relevanten Fragestellungen eher Platz finden und auch Ängste häufiger thematisiert werden können als in professionell geleiteten Veranstaltungen.

Gemeinsam ist diesen Lösungsansätzen, dass durch Kreißsaalführungen oder weitere Veranstaltungen und Verortung von Erfahrungsgruppen zunächst ein (unverbindlicher) Kontakt zwischen Geburtsklinik und auch den Nutzerinnen mit Kaiserschnittwunsch hergestellt werden kann. Als konzeptionelles Potential kann der anschauliche Informationsgewinn betrachtet werden, so können beispielsweise bisher unbekannte Räumlichkeiten der Klinik eingesehen werden oder Schwangere können sich ein eigenes Bild vom Kreißsaalteam machen. Unklar bleibt in den zitierten Textpassagen jedoch, inwieweit hierbei zugleich die Gelegenheit genutzt wird, mögliche geburtsklinische Abläufe und damit verbundene klinische Entscheidungsprozesse und -strukturen zu veranschaulichen. Ein derart transparent gestalteter Kontakt mit Nutzerinnen könnte zugleich die Möglichkeit bieten neben Räumlichkeiten auch geburtsklinische Abläufe, Prozesse, Strukturen und Entscheidungen offen(er) und klar(er) darzulegen. Vorstellbar ist ebenso, dass die Kontaktgestaltung in einem Kollektiv von Nutzerinnen andere inhaltliche Impulse befördert als in Einzelaufklärungsgesprächen und somit eine ergänzende Option darstellen kann.

Dennoch sollte in Betracht gezogen werden, dass – im Hinblick auf das zweite, in diesem Abschnitt aufgeführte Zitat – diese konzeptionelle Ausrichtung unter marktwirtschaftlichen Wettbewerbsbedingungen auch strategisch als Werbeveranstaltung genutzt werden kann, um potentielle Kundinnen an die jeweilige Geburtsklinik zu binden. Abgrenzend von solch einer handlungsleitenden Intention wird der Begriff Transparenz in diesem Kontext auch ganz bewusst im Sinne von professioneller Verantwortung zur Offenheit und Anschaulichkeit angewandt.

Die bisher genannten Lösungsansätze versuchen mit der Gestaltung von anschaulichen und kollektiv geprägten Interaktionen Limitierungen in der direkten Kommunikation zwischen KlinikärztInnen und Nutzerinnen entgegenzutreten. Diese Limitierungen können sowohl auf eine fragmentierte Versorgungsstruktur als auch auf damit einhergehende, systemimmanente Kommunikationsdefizite zurückgeführt werden. Eingedenk dessen, dass eine fehlende Evidenzbasierung als ein systemübergeordnetes, professionsinternes Kommunikationsdefizit angesehen werden kann, wird das folgende Zitat unter einer erweiterten Perspektive von Transparenz ebenfalls diesem (Lösungs-)Bereich zugeordnet.



*„Soweit ich weiß, gibt es denn noch nicht so viele Untersuchungen darüber, wie es eben diesen ganzen Sectiokindern dann geht“ (I14, OÄ, Z.588-590).*

Eine Oberärztin weist im Zusammenhang möglicher Verunsicherungen bei ärztlichen Entscheidungsfindungen für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ explizit auf eine notwendig erachtete Evidenzbasierung der gängigen Pro-Sectio-Begründungsmuster hin. In diesem Kontext kann Herstellung von Transparenz gleichermaßen verstanden werden als wissenschaftliche Verantwortung zur Veranschaulichung und Offenlegung von (fehlender) Evidenz von Studienergebnissen.

Noch weiter gefasst bedeutet Herstellung von Transparenz zudem die Offenlegung von finanziell geleiteten Interessen bei der ärztlichen Entscheidungsfindung für eine Entbindungsart. Dieser Aspekt wird von den interviewten FrauenärztInnen ebenfalls aufgegriffen, wird aber thematisch – trotz inhaltlicher Überschneidungen – dem letzten und vierten Bereich der „Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen“ zugeordnet.

### **Öffentlicher Diskurs**

In dem die Kategorie „Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen“ abschließenden Bereich wird die Akzentuierung nunmehr verstärkt auf „Visionen“ gesetzt. In diesem Abschnitt finden Ausführungen Eingang, die eine Einbeziehung von AkteurInnen in konzeptionelle Überlegungen beinhalten, welche nicht als direkt Beteiligte auf der Mikroebene bei Entscheidungsfindungen für Geburtsmodi fungieren. Angesichts der Limitierungen, die im Zusammenhang mit dem politisch gewollten marktwirtschaftlichen Wettbewerb unter den Geburtskliniken genannt wurden, bezieht ein Teil dieser Überlegungen zunächst vorrangig gesundheitspolitisch Verantwortliche in weiterführende Lösungsansätze ein. In dem Interviewmaterial finden sich darüber hinaus Textpassagen, die als Wunsch nach gesellschaftlich breit verankertem Hinterfragen und Auflösen zunehmender Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt interpretiert werden können.

Eindeutige gesundheitspolitische Positionierung zur Kostenregelung für „Wunschkaiserschnitte“ fordert ein Oberarzt:

*„Ja, die Verlogenheit, muss man da so sagen, der Politik, dann zu sagen, der Wunschkaiserschnitt wird nicht bezahlt, ja? Auf der anderen Seite aber diese Pseudobegründungen, sag ich mal, gelten zu lassen. Auf der anderen Seite es den Kliniken aber auch nicht zu ermöglichen, einer Frau, die wirklich einen Wunschkaiserschnitt möchte, der anzubieten, okay, wir machen das bei Ihnen, es gibt keine Begründung, die wir auch vor der Krankenkasse nicht vertreten wollen. Wir kriegen von der Krankenkasse die Pauschale für eine Spontangeburt, den Rest zahlen Sie selber“ (I4, OA, Z.404-413).*

Die finanzielle Selbstbeteiligung von Nutzerinnen – im Sinne einer Zuzahlung der Mehrkosten eines „Wunschkaiserschnitts zu entstehenden Kosten bei Spontangeburt – stellt für den Arzt einen Lösungsansatz dar, um der Problematik systemverträglicher „*Pseudobegründungen*“ (I4, OA, Z.406) für medizinisch nicht indizierte Sectiones entgegenzutreten. Weiterhin finden sich Überlegungen, wie klinikärztlichen Entscheidungen für „Wunschkaiserschnitte“ begegnet werden könnte, die aufgrund (scheinbar) notwendiger Berücksichtigung ökonomischer Aspekte getroffen werden.

*„Vielleicht könnte man sagen, dass auf eine gut begleitete vaginale Geburt, dass die einfach besser vergütet wird“ (I14, OÄ, Z.533-535).*

Während eine Oberärztin bessere Vergütung von Vaginalgeburten als Lösungsweg ansieht, hält eine Fachärztin die Einführung einer Vergütungspauschale für alle Geburten – unabhängig von der Entbindungsart – für den geeigneten Lösungsansatz.

*„Also, vielleicht, das müsste man sich mal durchrechnen, wenn man alle Geburten gleich bezahlt, vielleicht wäre das was“ (I9, FÄ, Z.546-548).*

Der im Anschluss zitierte Chefarzt hingegen sieht gesundheitspolitische Verantwortliche vielmehr in der Pflicht sich grundsätzlich auf „*andere, wichtigere Themen*“ (I3, CA, Z.343) zu konzentrieren.

*„Die Politiker sollten es sein lassen sich, den sogenannten Wunschkaiserschnitt ständig zu thematisieren. Es gibt viele andere, wichtigere Themen in der Geburtshilfe oder in der geburtshilfeorientierten Gesundheitspolitik. (...) Das ist Populismus irgendwo, wenn immer wieder jemand kommt und sagt, hier werden zu viele Kaiserschnitte gemacht, und was ist zuviel?“ (I3, CA, Z.341-349).*

Der Interviewte stellt die gesundheitspolitische Relevanz der „Wunschkaiserschnitt-Thematik“ infrage, bezweifelt generell eine geburtsmedizinische Überversorgung durch Schnittentbindungen und bezeichnet eine entsprechend kritische Betrachtung als „*Populismus*“ (I3, CA, Z.347). Der Verweis auf bedeutsamere gesundheitspolitische Inhalte könnte als strategisches Ablenkungsmanöver gedeutet werden, da ein konkreter, konzeptioneller Gedanke zur Verbesserung der Versorgungssituation nicht benannt wird. Dennoch ist gerade die Verwendung des Begriffes „*Populismus*<sup>188</sup>“ (I3, CA, Z.347) als bedeutsam zu erachten. Unklar bleibt zwar, welches genaue Verständnis der Chefarzt diesem Begriff zugrunde legt, aber ein – wie auch immer entstandenes – öffentliches Meinungsbild zu gewünschten Schnittentbindungen scheint

---

<sup>188</sup> Populus (lat.): Volk

für ihn eher eine untergeordnete Rolle zu spielen. Demgegenüber stellt ein Oberarzt Überlegungen an, wie die zunehmende Wahrnehmung von Spontangeburt als Risiko in einer breiten gesellschaftlichen Auseinandersetzung neu beleuchtet werden kann:

*„Also, vielleicht eine allgemeine Initiative, um die Spontangeburt als ein und das positive Erlebnis darzustellen, was sie sein kann. Weg vom Risiko Spontangeburt als vielmehr zu positiv besetztem Punkt Spontangeburt“ (I4, OA, Z.338-341).*

An ähnliche Gedanken anknüpfend bezieht ein Chefarzt explizit und aktiv Männer in eine öffentliche Auseinandersetzung mit den Themen Schwangerschaft und Geburt ein.

*„Das gleiche gilt übrigens, was ich nach wie vor schade finde ist, dass die Männer bei diesen ganzen Sachen eigentlich bis jetzt sehr unterversorgt sind. Also für Männer, kann ich mir vorstellen, gibt es genau die gleichen Ängste. Die wissen auch nicht, wie sie mit der schwangeren Frau umgehen sollen in der Anfangszeit. Und auch da wäre es vielleicht mal sinnvoll, das haben wir auch schon mal überlegt, Männergruppen, Erfahrungsaustausch“ (I1, CA, Z.621-628).*

Im Zuge von gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen als Lösungsoption der Problematik „Wunschkaiserschnitt im Kontext einer verbesserten Versorgungssituation“ weist ein anderer Chefarzt auf die Relevanz gesellschaftspolitischer Unterstützung von Schwangeren und Müttern hin. Deutlich wird in diesem Zitat – anhand der ange-deuteten Reflexion über Geschlechterrollen – die damit (fast) zwangsläufig verknüp-fte Notwendigkeit eines Diskurses über die Legitimität von gesellschaftlichen Normen.

*„Das fängt schon an, die Frauen zu unterstützen, die also schwanger sind, aufzuwerten, schwangere Frauen aufzuwerten, Kinderkriegen aufzuwerten. Dann wird das aber häufig verwechselt mit konservativem Gedankengut, ist es aber im Grunde nicht. Natürlich sollen die Frauen Karriere machen“ (I18, CA, Z.172-176).*

Die in diesem Kontext angestellten Überlegungen zielen darauf ab, Prozesse einer öffentlichen Meinungsbildung in Gang zu setzen, die zunehmender Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt entgegenwirken könnten. Offen bleibt, welche Ak-teurlInnen die zuvor zitierten Ärzte in der Verantwortung sehen, „Initiative“ (I4, OA, Z.338) zu ergreifen. Eine Oberärztin unterstreicht in diesem Zusammenhang hin-gegen die Bedeutung von reflexiven Prozessen innerhalb der eigenen Profession:

*„Nicht zu viel zu pathologisieren, und wenn man pathologisiert, dann sich selber klar zu werden, warum man das tut“ (I7, OÄ, Z.662-667).*

Die Interviewte betont, dass ein frauenärztlicher Blickwinkel mit primärer Fokussierung auf potentiell pathologische Geschehen bei Schwangerschaften und Geburtsverläufen unausweichlich zu einer entsprechenden Medikalisierung weiblicher Reproduktionsvorgänge beiträgt und FrauenärztInnen sich dessen bewusst sein sollten. Vor dem Hintergrund zu entwickelnder Entmedikalisierungsstrategien im Rahmen eines öffentlichen Diskurses nimmt eine andere Oberärztin Bezug auf die Erfahrungen und das Erleben ihrer eigenen Schwangerschaft und gelangt zu der Schlussfolgerung, dass diese Lebensphase nicht durch Kontakt mit geburtsklinischen Versorgungsstrukturen geprägt sein sollte:

*„Und eigentlich auch mit möglichst nicht, ich will jetzt ja gar nicht sagen, möglichst wenig Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen. Aber ich finde schon, dass im Rahmen so wie ich es auch selber in meiner eigenen Schwangerschaft erlebt habe so, die Vorsorgeuntersuchungen durchaus was Angenehmes sein können, ohne dass da viel medizinische Sorgen oder zu viele Ängste geweckt werden. Aber dass die Schwangerschaft als großer Teil irgendwas bleibt, was jetzt wenig mit Krankenhaus und Kranksein zu tun hat“ (I15, OÄ, Z.678-686).*

**5.5.3 Resümee – „Da bin ich denn immer auch ganz froh, wenn jemand anders mir die Entscheidung abnimmt“<sup>189</sup> bis „möglichst wenig Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen“<sup>190</sup>“**

In der Auswertung wurde anknüpfend an das zuvor dargelegte Erleben der Befragten von Limitierungen in Entscheidungsfindungen zur Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ nun der Fragestellung nachgegangen „Welche Lösungsstrategien entwickeln oder wünschen sich die Interviewten in ihrem klinikärztlichen Entscheidungsprozess für oder gegen eine gewünschte Schnittentbindung?“. Neben dem Wunsch nach zusätzlichen Finanzmitteln um personelle und zeitliche Kapazitäten im geburtsklinischen Versorgungsalltag erhöhen zu können, kristallisieren sich im Interviewmaterial zwei sehr gegensätzliche Kategorien von Umgehensweisen mit Problematiken in ärztlichen Entscheidungsfindungen heraus. Die Kategorien „Individuelle Entlassungsstrategien“ und „Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen“ können jeweils noch in drei beziehungsweise in vier Bereiche unterschieden werden (s. Abb. 3).

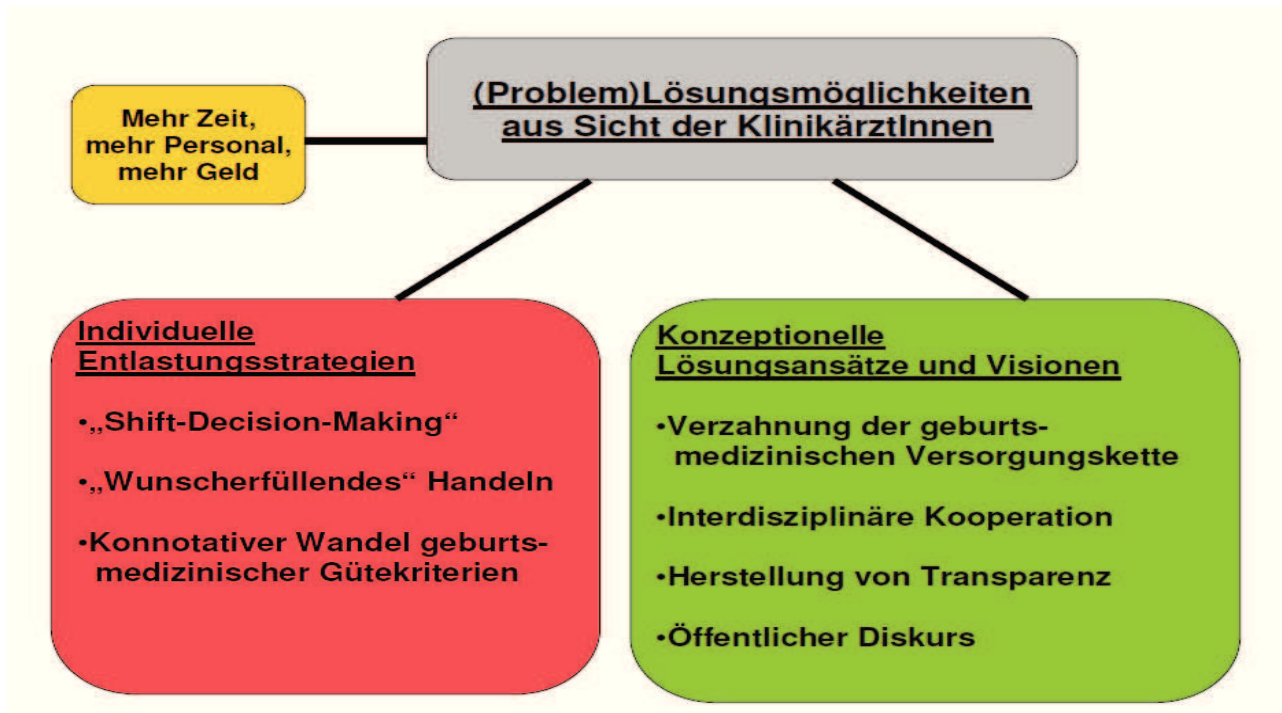
---

<sup>189</sup> I16, AÄ, Z.245-246

<sup>190</sup> I15, OÄ, Z.679-680

Abbildung 3:

(Problem-)Lösungsmöglichkeiten beim Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ aus Sicht der KlinikärztInnen:



Bei Analyse der vorliegenden Daten zeigt sich, dass im klinischen Arbeitsalltag der FrauenärztInnen durchaus mehrere der aufgeführten Bereiche als Lösungsmöglichkeiten zur Anwendung kommen können. Gleichmaßen scheint ein ärztliches Handeln im Rahmen der beschriebenen individuellen Bewältigungsstrategien wiederum stark von der subjektiven Einschätzung der jeweiligen Interaktionssituation mit der einzelnen Nutzerin abhängig und schließt keineswegs konzeptionelle Überlegungen im Hinblick auf verbesserte geburtsmedizinischen Versorgung im Kontext des „Geschehens Wunschkaiserschnitt“ aus. Umgekehrt gilt auch für ÄrztInnen, an deren Geburtskliniken mit konzeptionellen Lösungsansätzen versucht wird Limitierungen entgegenzutreten, dass dennoch Situationen mit Nutzerinnen, die den Wunsch nach Kaiserschnitt artikulieren, entstehen können, in denen Befragte sehr wohl auf so genannten individuellen Entlastungsstrategien zurückgreifen (müssen).

In der Kategorie „Individuelle Entlastungsstrategien“ können drei Lösungsmöglichkeiten zur Bewältigung von klinikärztlichen Problemen bei Entscheidungsfindungen für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ zusammengefasst werden. Gemeinsam ist

diesen ärztlichen Handlungen oder Haltungen, dass ein individuell entlastender Umgang in der einzelnen Interaktion mit der Nutzerin gesucht wird, ein lösungsorientierter Austausch durch Einbindung von weiteren, am Entscheidungsprozess beteiligter AkteurInnen ist bei den Entlastungsstrategien nicht erkennbar. Mit Lösungsoptionen dieser ersten Kategorie scheint Limitierungen begegnet zu werden, die Interviewte mit dem Wandel ihrer klinikärztlichen Rolle im Zuge eines sozialpolitischen Paradigmenwechsels verbinden. Im Vordergrund steht ein klinikärztliches Erleben als Ausführende, der von mündigen Nutzerinnen selbstbestimmt gewählten (Dienst-) Leistung, tätig zu sein und gleichzeitig im Rahmen der Rechtsprechung einen Umgang mit möglichen forensischen Konsequenzen finden zu müssen.

Bei der Lösungsstrategie, die als „Shift-Decision-Making“ bezeichnet wird, nutzen insbesondere fachärztliche Professionelle die chefärztlich-leitungszentrierte Entscheidungsstruktur innerhalb des Handlungssystems Geburtsklinik im Sinne eines sogenannten sekundären Hierarchie-Gewinns (aus). Dies bedeutet, dass die hierarchischen Strukturen fachärztlichen AkteurInnen, die keine chefärztliche Position bekleiden, die Möglichkeit bieten, sich in der Entscheidung zur Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ nicht zu positionieren und ein Abgeben an die höhere ärztliche Entscheidungsinstanz erfolgen kann. Ein solches ärztliches Handeln scheint eine entlastende Funktion in der Gestaltung von Interaktionen mit Nutzerinnen sowie bei rechtlicher Verantwortungsübernahme für den Eingriff zu beinhalten.

Bei der ärztlichen Entlastungsstrategie „wunscherfüllendes Handeln“, die mit einer grundsätzlichen Bereitschaft zur Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ einhergeht, zeigen sich in den jeweiligen Interviewpassagen Hinweise, dass ebenfalls Befürchtungen vor rechtlichen Konsequenzen handlungsleitend zu sein scheinen. Das Vermeiden vermeintlich zeit- und arbeitsintensiver Vaginalgeburten kann noch als entlastender Nebeneffekt gedeutet werden. Durch Anwendung von „wunscherfüllendem Handeln“ soll dennoch vorrangig die Verantwortung für die Entscheidung zur Entbindung per „Wunschkaiserschnitt“ (alleinig) bei den Nutzerinnen verbleiben. Mit Verweis auf den – vermeintlich konsensfähigen – Rollenwandel beteiligter AkteurInnen, unter der Schwerpunktsetzung auf das „Kundinnen-DienstleistungserbringerInnen-Konstrukt“, legitimieren Interviewte ein solches Handeln.

Die Lösungsstrategie „Konnotativer Wandel geburtsmedizinischer Gütekriterien“ ist nicht als eine weitere Variante entlastenden ärztlichen Handelns im direkten Kontakt mit Nutzerinnen zu verstehen, sondern stellt eine Erweiterung der Legitimierung dessen dar. Anknüpfend an die postulierten medizinischen und sozialpolitischen Paradigmenwechsel beim geburtsklinischen Umgang mit (Wunsch-)Kaiserschnitten wird ein erneuter Blickwechsel auf geburtsmedizinische Qualitätskriterien vorgenommen. Eine qualitativ hochwertige Geburtsmedizin scheint für die Interviewten nunmehr vorrangig Ausdruck zu finden in einem guten, postpartalen, kindlichen Gesundheitszustand (mit Dokumentation forensisch relevanter Laborparameter) sowie in –

fast noch bedeutsamer erscheinend – poststationärer Zufriedenheit der Nutzerinnen. Diese Haltung scheint für Professionelle in allen ärztlichen Statusgruppen dazu zu dienen, einen Umgang mit (scheinbar) notwendiger Kundinnenorientierung in der geburtsklinischen Versorgung zu finden und zu legitimieren. Hinweise für diesem erneuten Blickwechsel zugrundeliegende, offen geführte professionsinterne Auseinandersetzungen oder interdisziplinären Austausch finden sich in den Interviews nicht.

Es bleibt festzuhalten, dass die Art der angewandten individuellen Entlastungsstrategie auch im Zusammenhang mit der ärztlichen Stellung innerhalb der Klinikhierarchie steht. Die ärztliche Leitung kann in der Regel nicht auf „Shift-Decision-Making“ zurückgreifen, wohl aber eine zunehmend am Kundinnen-Konstrukt orientierte Geburtsmedizin mit einer entsprechend gestalteten klinikinternen „Handlungsmaxime“ legitimieren. Diese erste Kategorie von Lösungsstrategien zielt also entweder auf ein individuelles ärztliches Bewältigen von Verunsicherungen in Interaktionen mit Nutzerinnen, die den Wunsch nach Sectio formulieren, ab – oder sie stellt die individuelle (oder klinikinterne) Konstruktion einer Begründung für Durchführungen von „Wunschkaiserschnitten“ dar.

Die vier Bereiche, die der zweiten Kategorie „Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen“ zugeordnet werden, grenzen sich demgegenüber durch eine „Lösungsdimension“ von individuellen Bewältigungsstrategien ab, die eine Systemperspektive aufweist. Die konzeptionellen Überlegungen der Interviewten scheinen hierbei überwiegend auf einer kritischen Reflexion der derzeitigen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems zu beruhen und zielen vorrangig auf eine (konstruktiv mitverantwortliche – und nicht im Sinne von Verantwortung abschiebende) Einbindung von mehreren, am „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ (direkt oder indirekt) beteiligter AkteurInnen ab. In dieser Kategorie werden bereits praktizierte Lösungsansätze sowie ergänzende oder weiterführende Wünsche und Visionen der Befragten zusammengefasst, die vorwiegend erlebten Einschränkungen entgegen zu treten versuchen, die von ÄrztInnen im Rahmen von „(Versorgungs-)systemimmanenten Kommunikationsdefiziten“ und „Strukturell-ökonomischen Limitierungen“ geschildert werden.

Die inhaltlich-sektorale Struktur von Schwangerenversorgung, die stark auf ökonomischen Interessen basiert, beinhaltet nach Ansicht der FrauenärztInnen großes Verbesserungspotential durch eine bessere „Verzahnung der geburtsmedizinischen Versorgungskette“. Die Einbeziehung von Hebammen in eine engere Vernetzung des ambulanten und stationären Sektors wird betont. Gleichwohl wird explizit ebenso ein verbesserter Austausch zwischen Geburtsklinik und frauenärztlicher Praxis gewünscht, der auch die postpartale Betreuung von Nutzerinnen einschließt. Nach Vor-

stellungen der Interviewten führt eine frühzeitige und kontinuierliche Beteiligung von KlinikärztInnen am Entscheidungsprozess für eine gewünschte Schnittentbindung durch systematische Einbindung von Geburtskliniken – in die Betreuung der Nutzerinnen während Schwangerschaft, Geburt, aber auch Wochenbettphase – zu einer prozessual ausgerichteten Betreuung und somit insgesamt zu einer qualitativ verbesserten geburtsmedizinischen Versorgung.

Ferner erleben Interviewte den Wunsch nach Entbindung per Kaiserschnitt und damit verbundene Entscheidungsprozesse als dermaßen komplex, dass zudem eine „Interdisziplinäre Kooperation“ im geburtsmedizinischen Versorgungskonzept gewünscht wird. Jenseits einer besser vernetzten, multidisziplinären Betreuung durch die klassischen geburtsmedizinischen Professionen strebt dieser Lösungsansatz an, Kenntnisse und Kompetenzen weiterer Fachdisziplinen (beispielsweise Psychologie oder Sozialarbeit) in das „Geschehen um einen Wunschkaiserschnitt“ einzubinden. Ziel ist hierbei nicht nur die Begleitung und Unterstützung der Nutzerinnen in ihrem Entscheidungsprozess; ebenso wird deutlich, dass der Einbezug von weiteren Fachdisziplinen zu Problemlösungen gewünscht wird, um Limitierungen bei klinikärztlichen Entscheidungsfindungen aufgrund vorhandener Defizite in professionsinternen Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen abzubauen.

Unter der Bezeichnung „Herstellung von Transparenz“ werden als drittes zunächst konzeptionelle Überlegungen aufgeführt, mit denen angesichts der erlebten Limitierungen durch eine Position als KlinikärztInnen am Ende einer geburtsmedizinisch-sektoralen Versorgungskette beabsichtigt wird, einen frühzeitigeren, unverbindlichen und vorrangig von Anschauung geprägten Kontakt mit Nutzerinnen einzugehen, die einen Kaiserschnitt wünschen. Zu derartigen Kontakten zählen beispielsweise Kreißsaalführungen, aber auch Verortung von Schwangerengruppen zum Erfahrungsaustausch an Geburtskliniken. Als konzeptionelles Potential solcher Veranstaltungen sehen die ÄrztInnen insbesondere den anschaulichen Informationsgewinn für die Nutzerinnen vor Ort hinsichtlich räumlicher und personeller geburtsklinischer Gegebenheiten sowie eine sich möglicherweise entwickelnde Interaktionsebene, die nicht vorrangig von Bestreben der Nutzerinnen nach ärztlicher Einwilligung in einen „Wunschkaiserschnitt“ geprägt wird. Abgrenzend zu ähnlichen Darbietungen an Geburtskliniken, die den Charakter (und das marktwirtschaftliche Interesse) einer Werbeveranstaltung besitzen, wird der Begriff Transparenz in diesem Zusammenhang explizit im Sinne von professioneller Verantwortung zur Offenheit und Anschaulichkeit angewandt.

Anknüpfend an ein solches Verständnis von Transparenz bei entsprechenden Veranstaltungen an Geburtskliniken ist weiterhin vorstellbar, dass zugleich die Gelegenheit genutzt werden könnte, geburtsklinische Abläufe, Prozesse, Strukturen und Entscheidungen offen(er) und klar(er) darzulegen. Aus dem vorliegenden Interviewmaterial lässt sich nicht ableiten, ob dies erfolgt. Gleichwohl ergeben sich Hinweise,



dass im Rahmen derartiger Veranstaltungen zwischen Professionellen und einem Kollektiv von Nutzerinnen andere inhaltliche Impulse befördert werden können als in Einzelkontakten und dies ein unterstützendes Element im gesamten Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ darstellen kann.

Unter einer weiter gefassten Perspektive von Transparenz werden diesem Bereich schließlich auch Forderungen der Interviewten zugeordnet, die sich auf Abbau von Verunsicherungen bei ärztlichen Entscheidungsfindungen aufgrund mangelnder Evidenzbasierung des medizinischen Paradigmenwechsels beziehen. Herstellung von Transparenz wird in diesem Kontext verstanden als wissenschaftliche Verantwortung zur Veranschaulichung und Offenlegung von (fehlender) Evidenz von Studien.

Eine gleichfalls eingeforderte offene Auseinandersetzung um finanzielle Hintergründe bei ärztlichen Entscheidungen für eine Entbindungsart findet – trotz inhaltlicher Nähe zu dem eben Dargelegten – Eingang in den vierten Bereich „Öffentlicher Diskurs“. Die Ausrichtung der Lösungsansätze zielt nunmehr verstärkt auf eine Einbeziehung von AkteurInnen, welche nicht direkt an der Entscheidung für einen „Wunschkaiserschnitt“ beteiligt sind. Im Hinblick auf Limitierungen, die in Verbindung mit marktwirtschaftlicher Einflussnahme auf (wirtschafts-)systemverträgliche Durchführungen von „Wunschkaiserschnitten“ genannt wurden, werden zunächst gesundheitspolitisch Verantwortliche zur Beteiligung an weiterführenden Lösungsansätzen in die Pflicht genommen. Es ist nicht verwunderlich, dass die Forderung nach eindeutiger gesundheitspolitischer Positionierung zur Kostenregelung für „Wunschkaiserschnitte“, aber auch weitergehende Überlegungen zur grundsätzlichen Reformierung der Vergütung von Entbindungen zur Sprache kommen. Diverse Überlegungen – von der finanziellen Selbstbeteiligung von Nutzerinnen an gewünschten Kaiserschnitten bis zur Einführung einer vom Geburtsmodus unabhängigen Vergütungspauschale – lassen sich in den Interviews finden.

Jenseits des Wunsches nach offen und öffentlich geführten Aushandlungsprozessen über die weitere Ausrichtung einer derzeitig stark von finanziellen Interessen geleiteten geburtsklinischen Versorgung wird in den Interviews auch eine öffentliche Debatte über eine generell-gesellschaftliche Sicht auf Schwangerschaft und Geburt befürwortet. Diesbezüglich eröffnet sich bei Analyse des Interviewmaterials ein breites Spektrum an Diskussionspotential. Neben grundsätzlicher Infragestellung geburtsmedizinischer Überversorgung durch Kaiserschnitte sowie gesundheitspolitischer Relevanz der „Wunschkaiserschnittthematik“ werden Überlegungen angestellt, die auf die gesellschaftliche Bedeutung der Unterstützung von Schwangeren und Müttern hinweisen und (fast) zwangsläufig zu einer öffentlichen Auseinandersetzung über geschlechterspezifische Rollenzuschreibungen führen (müssten). Im Zuge dessen zeigen Interviewte ebenfalls starkes Interesse daran, dass breite öffentliche Diskussionen angeregt werden, die – im Zusammenhang mit dem Thema „Wunsch-

kaiserschnitt“ – zunehmende Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt zum zentralen Thema machen. Zwar wird der Wunsch nach solch kritisch geführten Debatten in den Interviews deutlich, weniger eindeutig sind hingegen die Einlassungen der ÄrztInnen, welche AkteurInnen in der Verantwortung gesehen werden, einen derartigen gesellschaftlichen Aushandlungsprozess in Gang zu setzen. Aus dem Interviewmaterial kann die Vermutung abgeleitet werden, dass Frauenärztinnen eher (als die interviewten Männer) dazu neigen reflexive Prozesse zur Entwicklung von Entmedikalisierungsstrategien innerhalb der geburtsmedizinischen Profession einzufordern. So wird insbesondere von interviewten Frauen darauf hingewiesen, dass die geburtsmedizinische Fokussierung auf potentielle Pathologien bei weiblichen Reproduktionsvorgängen entscheidend zur Medikalisierung beiträgt.

Bei einer zusammenfassenden Betrachtung bleibt noch darauf hinzuweisen, dass die interviewten Frauenärztinnen ihre professionelle Rolle und fachliches Handeln stärker in lösungsstrategische Überlegungen einzubeziehen und zu hinterfragen scheinen als ihre Kollegen. Eigene biographische Geburtserfahrungen scheinen dabei einen wesentlichen Aspekt darzustellen. Im Zuge der selbstkritischen Haltung gegenüber der frauenärztlichen Profession findet sich beispielsweise das Ansinnen, Schwangerschaft als physiologischen Vorgang zu begreifen, der nicht durch Kontakt zu klinischer Versorgung(sstruktur) geprägt sein sollte, um nicht dadurch möglicher Pathologisierung und Medikalisierung Vorschub zu leisten. Angesichts dieser Überlegungen werden nun auch innerhalb der aufgeführten konzeptionellen Lösungsansätze deutliche Widersprüchlichkeiten augenscheinlich. Frühzeitige und systematische Einbindung von Geburtskliniken in Schwangerenbetreuung, wie sie mit verbesserter Verzahnung der Versorgungskette gewünscht wird, steht im Gegensatz zur Einstellung, Schwangerschaft nicht „klinifizieren“ zu wollen.

Angesichts der dargestellten, vielfältigen Aspekte bei klinikärztlichen Entscheidungsfindungen für „Wunschkaiserschnitte“ werden nun grundsätzliche Positionierungen der Interviewten in die abschließende Betrachtung gerückt. Die zuvor geäußerte Vermutung, dass bei den interviewten Ärztinnen – im Vergleich zu den interviewten Männern – eine kritischere Sichtweise auf die Rolle und Verantwortung der eigenen Profession innerhalb des Geschehens „Wunschkaiserschnitt“ vorliegen könnte, führt zu der Annahme, dass sich im letzten Auswertungsschritt geschlechterspezifische Unterschiede deutlicher als bei den bisherigen Fragestellungen zeigen könnten.

## 5.6 „Doing (Dis-)Position“<sup>191</sup>“?

Die leitende Forschungsfrage „Wie erleben klinisch tätige FrauenärztInnen die Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern?“ wurde bisher unter verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Nach Betrachtung des subjektiven Erlebens von Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten, Erfahrungen von Limitierungen und entwickelter oder gewünschter Lösungsstrategien im klinikärztlichen Entscheidungsprozess für oder gegen die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ erfolgt abschließend eine Auswertung des Interviewmaterials, die grundsätzliche Positionierungen der Interviewten zum „Wunschkaiserschnitt“ in den Blick nimmt.

Anknüpfend an das Verständnis, dass Sichtweisen der Interviewten neben fachlicher Expertise immer auch Wertebezüge als „Privatpersonen“ zugrunde liegen (vgl. Kapitel 4.2.2), werden nun Äußerungen über die jeweiligen Beweggründe bei der Berufswahl und Schilderungen zum eigenen Gefühls(er)leben in Interaktionen mit Nutzerinnen, die eine Geburt per Sectio wünschen, in die Auswertung einbezogen. Es wird davon ausgegangen, dass biographische und soziokulturelle<sup>192</sup> Faktoren einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die individuelle Ausbildung einer grundsätzlichen Positionierung innerhalb des „Geschehens Wunschkaiserschnitt“ nehmen können.

### 5.6.1 Beweggründe bei der Berufswahl

Die Eingangsfrage der Interviews nach den Motiven, die am Ende des Medizinstudiums zur Wahl des Fachgebietes Frauenheilkunde führten, zielt darauf ab, Hinweise auf handlungsleitende Orientierungen der ÄrztInnen jenseits der Auslegung von fachspezifischem Wissen zu erhalten. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, dass die Analyse dieser Äußerungen eine Möglichkeit darstellt, Erkenntnisse zu gewinnen, die zu weiterem Verständnis von professionellen Identitäten klinisch tätiger FrauenärztInnen – insbesondere im Kontext des Entscheidungsprozesses für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ – beitragen können.

Bei der Auswertung des Interviewmaterials kristallisieren sich fünf Leitmotive für die Wahl des Fachgebietes Frauenheilkunde heraus: Geburt als positiver Kontrast zu Pathologie, abwechslungsreiches, handwerkliches Fachgebiet, beruflicher Pragmatismus, biographische Beweggründe und frauen(gesundheits-)politische Motive.

In seiner Begründung sich für das frauenärztliche Fachgebiet entschieden zu haben, benennt ein Chefarzt den geburtsmedizinischen Teilbereich als einen ausschlagge-

---

<sup>191</sup> Disposition (engl.) = Bereitschaft, Gesinnung, Hang, Neigung; position (engl.) = Einstellung, Haltung, Standpunkt

<sup>192</sup> Hierunter werden auch soziale Geschlechterrollen verstanden.

benden Aspekt. Dieses Teilgebiet verbindet er vorrangig mit einer Tätigkeit im Kontakt mit gesunden Nutzerinnen und kontrastiert dies mit „rein[...]“ (I1, CA, Z.30) pathologieorientierten ärztlichen Berufsfeldern wie Chirurgie und Innerer Medizin.

*„Weil durch die Geburtshilfe eigentlich ein besonderer Teil da mit reinkommt in die Medizin, den man sonst in den anderen Fächern eben nicht hat. Das ist eben das Besondere daran, es mit Gesunden, in der Regel der Fälle es mit Gesunden zu tun zu haben. Positives Erlebnis vermitteln zu können, auch in der Mehrzahl der Fälle, bis auf vielleicht ein, zwei ungünstige Verläufe, fallen immer rein, das ist eben die Besonderheit. Und das macht dieses Fach eigentlich so reizvoll auch im Vergleich zu meinetwegen reiner Chirurgie und reiner Medizin“ (I1, CA, Z.22-30).*

Schwangerschaft und Geburt als nicht pathologischer Teil des beruflichen Handlungsfeldes werden gleichfalls von einer Assistenzärztin als wesentlicher Faktor für ihre Fachgebietswahl angegeben:

*„Einfach weil es so vielseitig ist, sprich man hat einmal den onkologischen Teil, man hat den operativen Teil, man hat auch eben die Schwangeren, die eigentlich, die nicht Kranken, jetzt, ja als positiven, ein schönes Ergebnis. Und ja, es ist halt so das Spannende, dass ich halt das Gefühl hatte, das es relativ breit gefächert ist“ (I6, AÄ, Z.9-14).*

In beiden Äußerungen verweisen die Befragten im Zusammenhang mit der geburtsmedizinischen Tätigkeit auf „positive[...] Erlebnis[se]“ (I1, CA, Z.26) und „positive[...] Ergebnis[se]“ (I6, AÄ, Z.12). Als Gegenpol hierzu führt die Ärztin das onkologische Teilgebiet von Frauenheilkunde an, gleichwohl werden diese Polaritäten von ihr als Vielseitigkeit des Fachgebietes wahrgenommen und stellen ebenso ein Motiv für ihre Berufswahl dar. Die fachliche Spannbreite findet sich auch in weiteren Interviews als Beweggrund für die Entscheidung im Bereich Frauenheilkunde arbeiten zu wollen.

*„Einerseits hat man eben diesen handwerklichen Teil, den ich eigentlich schon auch immer wollte, weil ich eben gerne mit meinen Händen arbeite. Und andererseits ist es relativ vielseitig eben durch die Geburtshilfe, (...). Und es ist auch ein Fach, was eben nicht so wie die reine Chirurgie jetzt, was eben ein bisschen menschlicher ist, ein bisschen persönlicher grundsätzlich von der Anlage, vom Fach her, finde ich. Denn da in der Frauenheilkunde geht es halt doch immer noch auch ein bisschen mehr um eine gesamtheitliche Geschichte als es jetzt in so einer reinen „Ich mach es wieder heile“ - Chirurgie geht“ (I5, AÄ, Z.13-25).*

In diesem Zitat zieht eine Assistenzärztin ebenfalls den Vergleich zum ausschließlich operativ ausgerichteten Fach der Chirurgie heran, um die Vielfältigkeit der von ihr gewählten Fachrichtung zu illustrieren. Gleichzeitig benutzt sie die Gegenüberstellung, um ihre Auffassung zu verdeutlichen, dass Frauenheilkunde ein stärker „*gesamtheitlich*[...]“ (I5, AÄ, Z.24) orientiertes Tätigkeitsgebiet darstellt. Ferner verwendet sie in diesem Kontext Attribute wie „*menschlicher*“ und „*persönlicher*“ (I5, AÄ, Z.21) um ihre Berufswahl zu begründen. Dem Anfang ihrer Äußerung kann gleichsam entnommen werden, dass für sie ein „*handwerklicher Teil*“ (I5, AÄ, Z.13) von großer Bedeutung für die Berufsentscheidung war. Als „abwechslungsreiches Handwerk“ beschreibt auch folgend zitierter Oberarzt seine gewählte berufliche Tätigkeit:

*„Warum ich Gynäkologe geworden bin, ich habe das Medizinstudium beendet zu einer Zeit als es nicht sehr viele Stellen gab, und ich hatte dann hier in der Gynäkologie PJ gemacht, und da hatte mir denn der damalige Chef auch eine Assistentenstelle angeboten, die dann auch eine Facharztstelle war, also habe ich da zugeschlagen. Gynäkologie hat mich deshalb interessiert, weil das für mich ein sehr vielschichtiges Fach ist, also es ist sowohl ein bisschen Operatives dabei, ich bastele ganz gerne, sag ich immer. Und andererseits aber auch die konservativen Elemente mit auch Endokrinologie, auch Onkologie und ja, also ich finde das Fach einfach sehr vielschichtig“ (I4, OA, Z.6-17).*

Der Interviewte beginnt seine Ausführungen allerdings mit der Schilderung von pragmatischen Überlegungen, die er zu Ende des Studiums getätigt hatte. So scheint die Entscheidung für Frauenheilkunde – angesichts der damalig geringen assistenzärztlichen Stellenangebote – vorrangig durch die Offerte eines unbefristeten Arbeitsvertrages bestimmt gewesen zu sein. Noch eindeutiger wird ein handlungsleitender Pragmatismus bei der Berufswahl ersichtlich anhand des nächsten Zitates:

*„Das ist ganz einfach gewesen, ich hab mir die Fachrichtungen vorgenommen und hab immer das durchgestrichen, was ich nicht machen wollte. Und dann blieb Patho und Gynäkologie übrig. Und nur mit Leichen zu tun haben wollte ich auch nicht. Also so einfach war das“ (I2, OA, Z.5-9).*

Während dieser Aussage schon großer Zynismus anzuhafeln scheint, finden sich in nachfolgenden Textstellen Beweggründe für das Ergreifen des frauenärztlichen Berufes, die von empathischer Motivation sowie offensichtlichem biographischen Bezug geprägt sind. Auffällig ist, dass derartige Äußerungen nur bei Ärztinnen auftauchen, beispielsweise reflektiert eine Oberärztin über die Bedeutung der Brustkrebserkrankung ihrer Mutter bei ihrer Berufswahl.

*„Dass ich die Fachrichtung Gynäkologie gewählt habe, liegt sicher auch mit daran, dass meine Mutter relativ früh (...) an Brustkrebs erkrankt ist, und das mag bewusst oder unbewusst eine Rolle gespielt haben, aber trotzdem hab ich mich damals gefreut, dass ich auch in der Frauenheilkunde eine Stelle bekommen habe“ (I8, OÄ, Z.8-14).*

Eine andere Oberärztin bringt mit ihrer Entscheidung für das Fach Frauenheilkunde ebenfalls ein wichtiges biographisches Ereignis in Verbindung und äußert gleichzeitig die Vermutung, dass eine – wie auch immer gestaltete – *„Auseinandersetzung mit eigener Weiblichkeit“* (I7, OÄ, Z. 32) für viele Kolleginnen ausschlaggebend für diese Berufswahl sein könnte.

*„Und dann gibt es persönliche Gründe, ich glaube die die meisten Frauenärztinnen haben, also so Auseinandersetzung mit eigener Weiblichkeit und eine Schwester, die mit achtzehn schwanger geworden ist damals als ich gerade angefangen hatte zu studieren. Und denn war das ein unheimlich wichtiges Thema. Und ich bin sehr schnell bei der Frauenheilkunde gelandet“ (I7, OÄ, Z. 30-36).*

Derweil die zuvor zitierte Ärztin ein Reflektieren von Geschlechterrollen vor dem Hintergrund eigener zentraler, biographischer Geschehnisse noch als *„persönliche Gründe“* (I7, OÄ, Z. 31) für die Wahl der Fachrichtung klassifiziert, ordnet eine weitere Oberärztin ihre Entscheidung, die gleichfalls von derartigen Überlegungen bestimmt wurde, einer *„gesellschaftspolitischen“* (I15, OÄ, Z. 15) Kategorie zu.

*„Und habe (...) mich schwerpunktmäßig mit frauenpolitischen Fragen beschäftigt in dem Studium relativ intensiv. Und darüber eigentlich meinen Schwerpunkt gesetzt, dass ich viel mit Frauen arbeiten möchte und weniger mit Männern sozusagen. Und dass die Frauenheilkunde mir, also auch so in einem gesellschaftspolitischen Aspekt dadurch näher gekommen ist. Das habe ich dann im Studium bzw. im praktischen Jahr auch von der medizinischen Seite noch so gestützt oder bestätigt gesehen“ (I15, OÄ, Z.9-17).*

Es kann zunächst festgehalten werden, dass sich bei Betrachtung der Beweggründe für die Berufswahl weitere Hinweise auf geschlechterspezifische Unterschiede finden lassen. Während die Motive *„Geburt als positiver Kontrast zu Pathologie“* und *„Abwechslungsreiches, handwerkliches Fachgebiet“* sowohl von Frauenärztinnen als auch von Frauenärzten als wesentliche Aspekte dafür beschrieben werden, lassen Interviewpassagen zu weiteren Leitmotiven eine Korrelation mit sozialen Geschlechterrollen vermuten. Ein gewisser Entscheidungspragmatismus mit Fokus auf Gestaltung der beruflichen Laufbahn findet nur bei Männern Erwähnung. Hingegen erfolgt

biographische Einbettung der Beweggründe oder Anführen (frauen-)gesundheitspolitischer Motivation für die Berufswahl ausschließlich bei Frauen. Der Annahme folgend, dass der Bezug zur eigenen Biographie – unter persönlicher oder politischer Perspektive – arbeitsalltägliches Erleben und Handeln anders prägen kann als ein handlungsleitender Pragmatismus, werden nun Schilderungen der Interviewten zu ihrem eigenen affektiven Erleben in Interaktionen mit Nutzerinnen, die den Wunsch nach Kaiserschnitt artikulieren, in die Auswertung einbezogen.

### 5.6.2 Affektive Erfahrungswirklichkeiten

Äußerungen der ÄrztInnen über das eigene Gefühls(er)leben im Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ werden in diesem Auswertungsabschnitt in den Blick genommen, um aus dieser Perspektive weitere Erkenntnisse und mögliche Rückschlüsse zur grundsätzlichen Positionierung der Interviewten in dem „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ ableiten zu können. Schon beim Sichten des Datenmaterials nach entsprechenden Textpassagen zeigen sich geschlechter-spezifische Unterschiede. In Interviews, die mit Frauenärzten geführt wurden, lassen sich nur wenige Schilderungen finden, die eigene Emotionen thematisieren. Die Interviews mit Frauenärztinnen weisen indes eine Fülle solcher Äußerungen auf, die auch ein großes Spektrum an Gefühlsqualitäten beschreiben.

Gefragt, wie es den Interviewten im Kontakt mit Nutzerinnen geht, die eine Geburt per Kaiserschnitt wünschen, kann das folgende Zitat als exemplarisch für Antworten angeführt werden, die von Frauenärzten gegeben wurden:

*„Da kann man eigentlich machen, was man will, wenn da keine entsprechende Akzeptanz und ja Gegenliebe quasi von der mütterlichen Seite kommt, kann man da nichts machen. Insofern ist, denke ich, momentan das Handling so wie es läuft unter den gegebenen Umständen ist halbwegs okay“ (I4, OA, Z.261-266).*

Die Äußerung dieses Oberarztes kann erneut mit einem gewissen Pragmatismus in Verbindung gebracht werden, vorsichtig gedeutet könnte die Gefühlslage mit „Resigniertem Realismus“ beschrieben werden.

Bei Frauenärztinnen findet das eigene Gefühls(er)leben nicht nur auf explizite Nachfrage Erwähnung, sondern wird auch in weiteren Interviewpassagen thematisiert, so fügt eine Assistenzärztin am Ende einer Fallbeispielbeschreibung hinzu:

*„Und die hören einem dann auch nicht zu, und das macht mich manchmal richtig wütend. Also das ist wirklich, da kann man dann auch, muss man sich selber erstmal wieder ein bisschen runterfahren, weil die Leute einem überhaupt nicht zuhören wollen“ (I16, AÄ, Z.120-124).*

Eine ähnlich ärgerliche oder wütende Reaktion beschreibt eine Fachärztin. Sie fühlte sich in der Rolle als „reine Erbringerin der Dienstleistung Kaiserschnitt auf Wunsch“, die sie so von Nutzerinnen als zugeschriebenen erlebt, instrumentalisiert.

*„Ja, so, ich meine, dass wir ja Dienstleistungsgesellschaft sind und auch unser Beruf ein Teil Dienstleistung ist, das weiß ich auch. Aber in den Fällen fühle ich mich und uns oft ausgenutzt. Denn es wird dann nicht nur darauf bestanden, dass es einen Kaiserschnitt gibt, sondern dann wird womöglich noch drauf bestanden, wer die Narkose macht, wer den Schnitt macht, wer die Hautnaht macht, das ist dann noch das Wichtigste, und an welchem Wochentag so ungefähr das passieren soll“ (I13, FÄ, Z.158-165).*

Im weiteren Interviewverlauf spricht die Ärztin nochmals ihre Gefühlslage an, diese charakterisiert sie im Bezug auf einen „Wunschkaiserschnitt“ letztlich als resignativ.

*„Aber so insgesamt denke ich, haben wir alle inzwischen ein bisschen aufgegeben, weil das einfach uns überrennt. Und man kann da einfach nicht gegen an, hab ich das Gefühl im Moment“ (I13, FÄ, Z.413-416).*

Das Gefühl, sich nicht als aktiv Handelnde im „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ wahrzunehmen, wurde bereits bei Betrachtung der innerhalb klinikärztlicher Entscheidungsprozesse erlebten Limitierungen offenbar. Im Zuge einer damit verbundenen resignierten Haltung benennen insbesondere Frauenärztinnen noch weitere emotionale Qualitäten. Eine Oberärztin spricht ganz offen ihre Schuldgefühle an:

*„Und dann fühlt man, also ich fühle mich dann immer sehr schnell sehr schuldig, dass ich dann so viele Kaiserschnitte mache“ (I14, OÄ, Z.508-510).*

Eine Fachärztin berichtet sogar wie stark ihre geburtsmedizinische Tätigkeit von Ängsten begleitet ist, falsche Entscheidungen zu treffen oder fehlerhaft zu handeln.

*„Die Geburtshilfe ist, war für mich, oder ist auch noch immer, oder oft sehr angstbesetzt und dieses Du darfst bloß nichts falsch machen“ (I9, FÄ, Z.400-402).*

Schon anfangs des Interviews fand diese Ärztin für ihr Erleben bei Entscheidungen für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ eine ausdrucksstarke Formulierung:

*„Es ist für uns auch immer viel schwerer zu sagen, nein, das machen wir nicht. Und ich glaube, das ist so, sehe ich ein enormes Dilemma“ (I9, FÄ, Z:53-53).*



Die Äußerungen der Frauenärztinnen zu ihren affektiven Erfahrungswirklichkeiten in Interaktionen, in denen ein Wunsch nach Kaiserschnitt an sie herangetragen wird, bilden eine große Bandbreite von Gefühlsqualitäten ab – neben Schilderungen über Ärger und Wut lassen die Aussagen Rückschlüsse auf eine insgesamt resignierende Stimmungslage zu. Ferner sprechen einzelne Frauenärztinnen vorhandene Schuldgefühle und Ängste an; so liegt die Vermutung nahe, dass eine grundsätzliche Positionierung zur Thematik „Wunschkaiserschnitt“ bei den jeweiligen Interviewten mit Schwierigkeiten und inneren Konflikten einhergehen könnte.

Hingegen lassen Interviewdaten der Frauenärzte (nur) Rückschlüsse auf einen „Resignierten Realismus“ zu. Dennoch scheint die Schlussfolgerung, Frauenärzte würden in diesen Interaktionen keinen weiteren Emotionen unterliegen, nicht zulässig. Denkbar ist, dass eine soziale männliche Rolle – insbesondere in Kombination mit dem „Expertenstatus“ – als wenig vereinbar mit Gefühlsäußerungen verknüpft wird. Weiterhin vorstellbar ist, dass die Konstellation mit einer Interviewerin ein Thematisieren von Emotionen bei Interviewpartnerinnen befördern als auch bei Interviewpartnern einschränken könnte. Gleichwohl scheint es geboten in der folgenden Betrachtung grundsätzlicher Positionierungen der Interviewten zum „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ die sich darstellenden, geschlechterspezifischen Differenzen in der Interpretation als handlungsleitende oder positionsbestimmende Einflussfaktoren zu berücksichtigen.

### **5.6.3 Grundsätzliche Positionierungen zum „Wunschkaiserschnitt“**

Der Auswertung verschiedener Aspekte klinikärztlicher Entscheidungsprozesse für oder gegen „Wunschkaiserschnitte“ in den vorangegangenen Kapiteln lagen zumeist Schilderungen von spezifischen Interaktionen im klinischen Arbeitsalltag zugrunde. Es zeigte sich, dass einzelne ÄrztInnen – in Abhängigkeit von subjektiver Einschätzung von Situation und Gegenüber – auch auf unterschiedliche Gestaltungsoptionen im Kontakt mit Nutzerinnen sowie bei Entscheidungen und Handlungen zurückgreifen. Im abschließenden Abschnitt der Ergebnispräsentation wird nun die grundsätzliche, individuelle Positionierung der Interviewten zum Geburtsmodus Kaiserschnitt auf Wunsch in den Fokus der Auswertung gerückt. Hierbei kristallisieren sich drei generelle Haltungen<sup>193</sup> heraus.

Als „PRO-Position“<sup>194</sup> (Pragmatical, Risk-covered Obstetricians) wird ein Standpunkt bezeichnet, der sich durch handlungsleitenden Pragmatismus sowie durch (vermeintliche) forensische Absicherung auszeichnet.

---

<sup>193</sup> Im Zuge der Auswertung wurden für diese Haltungen Akronyme gebildet.

*„Weil ich glaube schon, wenn eine Frau darauf besteht, einen Kaiserschnitt haben zu wollen, dann tut man auch wirklich gut daran, dem dann stattzugeben (...), ansonsten hat sie ja immer in der Hinterhand, ich hab ja gleich gesagt, das geht nicht, oder es passiert was und so“ (I14, OÄ, Z.725-730).*

Wenig verwunderlich wird eine grundsätzliche Bereitschaft zur Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ maßgeblich durch die Antizipation der Interviewten von (haftungs)rechtlichen Konsequenzen bestimmt, wie dies das Zitat einer Oberärztin belegt. Etwas zurückhaltender äußert sich hingegen ein Oberarzt:

*„Aber ich glaube halt auch, bei den Frauen, die eher Richtung Kaiserschnitt tendieren, warum auch immer, sollte man es dann auch ermöglichen. Weil das andere wäre wieder auch so ein bisschen Bevormundung“ (I4, OA, Z.275-278).*

Der Befragte legt in der Begründung für seine zustimmende Haltung für Entbindungen per „Wunschsectio“ den Schwerpunkt auf die Selbstbestimmung von Nutzerinnen. Angesichts zunehmender forensischer Bedeutung des Rechts auf Selbstbestimmung von Schwangeren in diesem Zusammenhang, liegt es nahe, die Aussage ebenfalls im Rahmen einer Vermeidung von juristischen Konsequenzen zu deuten. Während bei der Formulierung des Oberarztes noch unklar bleibt, in welchem Rollenkontext er eine mögliche „Bevormundung“ (I4, OA, Z.278) ansiedelt, bezieht sich der folgend zitierte Chefarzt bei vergleichbarer Argumentation explizit nicht auf seine Rolle als fachlicher Experte, sondern rechtfertigt seine defensiv ausgerichtete geburtsmedizinische Versorgung mit seinem geschlechterspezifischen Status.

*„Weil man ja auch sagt, unter dem Aspekt der Selbstbestimmung, mit welchem Recht kann man jemandem das absprechen wie er, oder einer Frau absprechen, wie sie ihr Kind zur Welt bringt. Das ist natürlich wieder eine Sache, wo wir uns als männlicher Part zurücknehmen und sagen, können wir nichts zu sagen“ (I1, CA, Z.479-484).*

Jenseits mehr oder weniger deutlich ausgesprochener Befürchtungen vor rechtlichen Konsequenzen und damit verknüpftem defensivmedizinischen Denken und Handeln, scheint gleichfalls ein an klinischen Arbeitsbedingungen ausgerichteter Pragmatismus das Einnehmen einer „PRO-Position“ zu befördern:

*„Kaiserschnitt bin ich in einer Stunde fertig, mit einer anderen Geburt hab ich vielleicht die ganze Nacht oder einen Tag zu tun. Am Anfang wenn man jung ist,*

---

<sup>194</sup> Proposition (engl.) = (u.a.) Angebot, Vorschlag; commercial proposition (engl.) = geschäftliche Absicht; a paying proposition (engl.) = ein sich auszahlender Vorschlag

*ist das sicher auch interessant, alles wunderbar, aber mit der zunehmenden Belastung, Nachtarbeit und so weiter, kann ich locker drauf verzichten. Weil, wenn die das wollen“ (I2, OA, Z.20-25).*

Einer zweiten Kategorie, der so genannten „A-Position“<sup>195</sup> (Ambivalence or Acquiescence<sup>196</sup>), werden Äußerungen Interviewter zugeordnet, die von Ambivalenzen geprägt werden und letztlich durch eine „Art der Positionslosigkeit“ gekennzeichnet sind. Nachfolgend zitierter Ärztin ist zwar bewusst, dass qua ihres oberärztlichen Status ein Erwartungsdruck für das Beziehen eines Standpunktes zur Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ besteht, dennoch bringt sie eindeutig zum Ausdruck, am liebsten solche Entscheidungen nicht treffen zu wollen oder zu müssen.

*„Also, ich wünsch mir schon, ich möchte möglichst wenig dazu zu tun haben, mit diesem Wunschkaiserschnitt, mit dem Wunschkaiserschnitt konfrontiert zu sein“ (I15, OÄ, Z.702-705).*

Aus assistenzärztlichem Blickwinkel kann eine Interviewte aufgrund bisheriger klinischer Erfahrungen mit pathologischen Verläufen bei Vaginalentbindungen mittlerweile ein gewisses Verständnis für den Wunsch nach Kaiserschnitt aufbringen, sie fügt jedoch hinzu, dass ihre grundsätzliche Einstellung zu diesem Geburtsmodus zumindest ambivalent bleibt.

*„Jetzt wo ich hier bin und einfach auch mehr schlimme Sachen gesehen hab, kann ich es besser nachvollziehen. Dass wenn man in so einem maximal versorgenden Krankenhaus ist, wo dann auch so die ganzen Pathologien hinzukommen, dass man sich vorstellt, wobei ich es immer noch nicht gut finde, also grundsätzlich“ (I5, AÄ, Z.46-51).*

Eine Fachärztin heißt zwar Entbindungen per „Wunschkaiserschnitt“ nicht gut, die grundsätzliche Missbilligung scheint aber nicht (mehr) mit einem entsprechenden Handeln verbunden:

*„Ich habe nicht mehr den Ehrgeiz, sie umzustimmen. Wobei es schon so ist, dass ich im Prinzip diesen reinen Wunschkaiserschnitt nicht richtig finde“ (I13, FÄ, Z.134-136).*

---

<sup>195</sup> Apposition (engl.) = Beisatz, Hinzufügung

<sup>196</sup> To acquiesce (in / to sth) (engl.) = sich fügen, etwas dulden, etwas hinnehmen; acquiescence (engl.) = Akquieszenz, inhaltsunabhängige Zustimmungstendenz

In Anbetracht dieser Äußerung kann vermutet werden, dass die Interviewte in einem „erwünschten Sinne“ diese Operationen durchführt ohne ihren konträren Standpunkt oder zumindest ihre Ambivalenzen offen zu vertreten. Für die Befragte scheinen sich zwischen paternalistischem „Um[...]stimmen“ (I13, FÄ, Z.135) oder hinnehmendem – und somit letztlich „zustimmenden – ärztlichen Handeln“ keine weiteren Verhaltensoptionen im „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ existent. Zugleich wird deutlich, dass eine „Positionslosigkeit“ gar nicht möglich ist.

Schließlich lässt sich anhand des Interviewmaterials noch die Positionierungskategorie „ANTI-Position“ (Affinity to Necessary Tocological Interventions) ableiten, die mit einer grundsätzlichen Ablehnung von unnötigen Kaiserschnittoperationen einhergeht und auch ein entsprechendes ärztliches Handeln nach sich zieht.

*„Aber das ist dann auch so eine Situation, wo man sich wirklich überlegt, wo stehe ich hier. Und wo ich froh bin, wenn ich den Rückhalt der Klinik habe zu sagen, nein, ich halte das einfach für Schwachsinn, und das sage ich auch so. (...) Aber man muss dann begründen können und sagen, aus den und den Gründen bin ich eben nicht bereit, das zu machen. Oder bin bereit, das zu machen. Aber das ist ein Lernprozess, das ist an Hierarchien und Strukturen gebunden. Und ich glaube, dass ist generell also für alle Ärzte ganz wichtig, sich da irgendwie zu positionieren, um auch nicht unzufrieden zu werden. Sonst kommt ja oft gerade nach diesen zehn Jahren, wo ich jetzt auch stehe, dieser Punkt, will ich so weitermachen, und was bedeutet das für mich, und wie weit befriedigt mich das. Oder bin ich wirklich nur Erfüllungsgehilfe und muss gut codieren, damit nachher alle glücklich sind“ (I9, FÄ, Z.757-784).*

In dieser Interviewpassage formuliert eine Fachärztin eindringlich ihre ablehnende Haltung gegenüber der Entbindung per „Wunschkaiserschnitt“ und betont, dass sie diese auch offen zum Ausdruck bringt. Als wesentlich erachtet sie hierbei ihren Standpunkt verstehbar darlegen zu können. Außerdem wird ersichtlich, welche Bedeutung die Interviewte in diesem Zusammenhang „Hierarchien und Strukturen“ (I9, FÄ, Z.777) zumisst, die Ärztin verweist explizit auf die wichtige Unterstützung in ihrem klinischen Arbeitsumfeld. Gleich zu Beginn des Zitates wird deutlich, dass sie „Beziehen einer (Ein-)Stellung“ im „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ im Rahmen professionellen Selbstverständnisses für unerlässlich hält. Um in diesem Kontext eine „befriedig[ende]“ (I9, FÄ, Z.782) frauenärztliche Identität jenseits einer Rolle als ausführende DienstleistungserbringerInnen oder „[Codier-] Erfüllungsgehilfe[n]“ (I9, FÄ, Z.783) entwickeln zu können, muss ihrer Ansicht nach auch eine Auseinandersetzung und ein Positionieren innerhalb der hierarchischen Strukturen erfolgen.

Bei Betrachtung des grundsätzlichen Positionierens als ärztliche Professionelle zur Entbindungsart „Wunschkaiserschnitt“ deutet sich wiederum eine Korrelation mit sozialen Geschlechterrollen an. Die in dem Kontext so bezeichnete PRO-Position, die sich durch starke Zustimmungstendenz für die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ auszeichnet, nehmen sowohl Frauenärztinnen als auch Frauenärzte ein. Währenddessen lassen sich verbalisierte Ambivalenzen und Schwierigkeiten beim Einnehmen einer eindeutigen Position (A-Position) nur bei Interviewpartnerinnen finden. Gleiches gilt für die dritte, die so genannte ANTI-Position, die nunmehr eine ausgeprägte Tendenz zur Ablehnung eines „Wunschkaiserschnitts“ beinhaltet.

#### **5.6.4 Resümee – „(...) es mit Gesunden zu tun zu haben<sup>197</sup>“ bis „[es ist] für alle Ärzte ganz wichtig, sich da irgendwie zu positionieren<sup>198</sup>“**

In einer abschließenden Auswertungssequenz wurden grundsätzliche Positionierungen der Interviewten zum „Wunschkaiserschnitt“ untersucht. Bei der Darstellung vorhergehender Zwischenergebnisse wurde bereits auf den Arbeitsschritt „Kategorisierung als Bildung zugespitzter Konstrukte“ hingewiesen, dies gilt nun für diese Ergebnispräsentation in spezieller Weise. Explizit wurden zu dieser Auswertung Äußerungen der Interviewten über ihre Beweggründe bei der Berufswahl sowie ihre verbalisierten affektiven Erfahrungswirklichkeiten im Entscheidungsprozess für oder gegen eine „Wunschsectio“ einbezogen. Dem lag die Annahme zugrunde, aus Erkenntnissen über biographische und soziokulturelle Faktoren – bei besonderer Beachtung sozialer Geschlechterrollen – Rückschlüsse auf Wertebezüge der Interviewten ableiten zu können und somit ein weitergehendes Verständnis von grundsätzlichen Positionierungen innerhalb des „Geschehens Wunschkaiserschnitt“ zu ermöglichen. Demzufolge sei darauf hingewiesen, dass ein analysierender Blick auf Interviewpassagen unter Berücksichtigung von sozialen Geschlechterrollen an sich schon ein (bewusstes) Arbeiten mit zugespitzten Konstrukten darstellt. Bei der Auswertung kristallisierten sich drei Kategorien auf einem „Positionierungskontinuum“ heraus, die – auch unter Berücksichtigung eines möglichen Bestätigungsbias – Hinweise auf Korrelationen mit sozialen Geschlechterrollen aufweisen (s. Abb.4).

Während Frauenärztinnen in sämtlichen drei Kategorien vertreten sind, lassen sich die interviewten Frauenärzte alle einer, von grundsätzlicher Zustimmungstendenz geprägten, Position zuordnen. In dieser „PRO-Position“ scheinen eine Vermeidung von antizipierten, juristischen Sanktionen sowie ein an ärztlichen Arbeitsbedingungen im

---

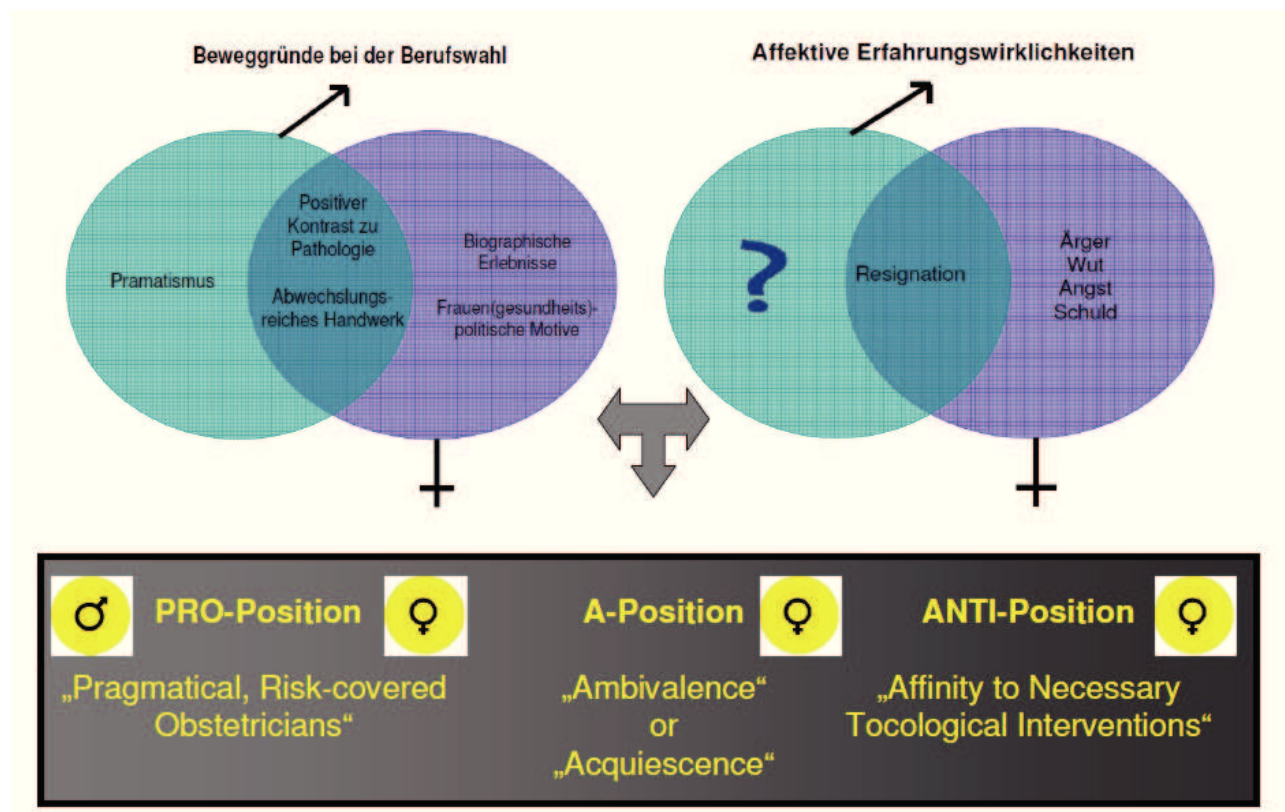
<sup>197</sup> I1, CA, Z.25

<sup>198</sup> I9, FÄ, Z.778-779

geburtsklinischen Versorgungssektor ausgerichteter Pragmatismus ausschlaggebend für das Positionieren der Interviewten. Den Gegenpol mit einer ausgeprägten Tendenz zur Ablehnung eines „Wunschkaiserschnitts“ stellt die „ANTI-Position“ dar. Jenseits fachlicher Begründungen findet hierbei als handlungsleitendes Motiv die – für eine frauenärztliche Identität als notwendig erlebte – Kongruenz zwischen frauenärztlichem Denken und Handeln Erwähnung. Zwischen den beiden Polen kann ein Bereich angesiedelt werden, dem Interviewpassagen von Frauenärztinnen zugeordnet werden, die Ambivalenzen und Schwierigkeiten beim Einnehmen einer eindeutigen Position (A-Position) zum Ausdruck bringen.

Abbildung 4:

Positionierungen der Interviewten für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“:



Unter Berücksichtigung der Einlassungen der Interviewten zu ihren Beweggründen bei der Berufswahl „Frauenheilkunde“ sowie zum eigenen Gefühls(er)leben im Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ ergeben sich Hinweise auf Zusammenhänge mit sozialen Geschlechterrollen, die diese unterschiedliche Verteilung innerhalb der einzelnen Kategorien erklären könnten.

Neben den Motiven „Geburt als positiver Kontrast zu Pathologie“ und „Abwechslungsreiches, handwerkliches Fachgebiet“, die von Frauenärztinnen und Frauenärzten angeführt werden, kann ein Entscheidungspragmatismus mit Fokus auf berufliche Karrieregestaltung als eher „männlich geprägter“ Aspekt bei der Berufswahl gedeutet werden. Demgegenüber scheint eine biographische Einbettung der Beweggründe stärker mit weiblicher Sozialisation verbunden. Die biographisch zu verortenden Motive werden je nach (Selbst-)Verständnis der Interviewpartnerinnen als „*persönlich*“ (I7, OÄ, Z. 30) oder „*frauenpolitisch*“ (I15, OÄ, Z.9) bezeichnet.

Durch den Einbezug von Schilderungen der Interviewten zu ihrem Gefühls(er)leben in Interaktionen mit Schwangeren, die einen Wunsch nach Entbindung per Kaiserschnitt äußern, verdichten sich die Hinweise, dass ein „weiblicher“ biographischer Bezug arbeitsalltägliches Erleben und Handeln in geburtsklinischer Versorgung anders prägen kann als ein „männlicher“ handlungsleitender Pragmatismus.

Vor dem Hintergrund klassischer Stereotypen, die mit sozialen Geschlechterrollen verbunden werden, ist es wenig verwunderlich, dass in Interviews mit Frauenärzten – im Gegensatz zu denen mit Frauenärztinnen – nur selten eigene Emotionen thematisiert werden. Die Äußerungen der Ärzte können unter dem Begriff „Resignierter Realismus“ zusammengefasst werden; so führt der Wunsch nach Kaiserschnitt-entbindung zwar zu einer gewissen Enttäuschung bei männlichen Professionellen, diese wird aber mit Verweis auf gegebene Rahmenbedingungen und sich vollziehenden Paradigmenwechsel innerhalb geburtsklinischer Versorgung zugleich (verbal) relativiert. Das vorliegende Datenmaterial bietet keine Hinweise auf weitere situationsbezogene affektive Reaktionen der Interviewpartner. Als mögliche Erklärung hierfür sollte allerdings in Betracht gezogen werden, dass eine soziale männliche Rolle – insbesondere in Kombination mit einem „Expertenstatus“ – als wenig vereinbar mit Äußerungen zu (weiteren) Gefühlsqualitäten erlebt werden kann. Denkbar ist zudem, dass die Konstellation Interviewerin und Interviewpartner ein zurückhaltendes Thematisieren von Emotionen bewirken und im Gegenzug ein solches bei Interviewpartnerinnen auch befördern könnte.

In Interviews mit Frauenärztinnen lassen sich ebenfalls Schilderungen zu Resignation finden, diese werden aber nicht relativiert, sondern scheinen eher mit konflikthaftem Erleben frauenärztlicher Identität verbunden. In facettenreichen Äußerungen beschreiben Ärztinnen ein großes Spektrum an Gefühlsqualitäten, neben Ärger und Wut bilden auch Schuldgefühle und Ängste einen emotionalen Hintergrund im Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“.

Ein derart unterschiedliches Erleben von sozialen Wirklichkeiten im arbeitsalltäglichen Kontext „Wunschkaiserschnitt“ von Frauenärzten und –ärztinnen könnte sich (auch) aufgrund der verschiedenen – polarisiert formuliert, „weiblich biographisch

motivierten“ und „männlich pragmatisch ausgerichteten“ – Beweggründe bei der Berufswahl und in Folge dessen unterschiedlich relevanten Aspekten frauenärztlicher Identität erklären. Es liegt die Schlussfolgerung nahe, dass soziale Geschlechterrollen eine maßgebliche Determinante im Positionierungsverhalten von FrauenärztInnen zum Wunschkaiserschnitt darstellen können und somit die geschlechterspezifischen Differenzen bei den PRO-, A- und ANTI-Positionen verstehbarer machen.

Sowohl Frauenärztinnen als auch Frauenärzte können anhand des Interviewmaterials einer „PRO-Position“ zugeordnet werden. Die diesbezüglich angeführten Begründungen sind wenig überraschend und entsprechen den üblichen Erklärungen der einschlägigen Fachliteratur; so werden auch von Interviewten die erschwerten strukturell-ökonomischen Rahmenbedingungen der Geburtskliniken, ein verstärkter forensischer Einfluss mit Befürchtungen rechtlicher Konsequenzen sowie geburtsmedizinische und sozialpolitische Paradigmenwechsel genannt. Auffällig ist, dass im Zuge dieser gängigen Begründungsmuster insbesondere männliche Professionelle explizit auf das Selbstbestimmungsrecht der Nutzerinnen hinweisen.

Ambivalenzen beim Beziehen einer eindeutigen Position (A-Position) zum „Wunschkaiserschnitt“ werden ausschließlich von Frauenärztinnen formuliert. Die Äußerungen lassen die Vermutung zu, dass frauenärztliche Identitätskonflikte in Verbindung mit entsprechenden Gefühlsqualitäten hierbei eine wesentliche Rolle spielen. So wünscht sich beispielsweise eine Oberärztin, die ihre berufliche Motivation frauenpolitisch verankert sieht, nicht mit Entscheidungen über Durchführungen von „Wunschkaiserschnitten“ „konfrontiert“ (I15, OÄ, Z.705) zu werden. Gleichwohl wird deutlich, dass ein fach- oder oberärztlicher Status quasi mit einer Verpflichtung verantwortliche Entscheidungen zu treffen einhergeht und kein „positionsloses Handeln“ möglich ist, sondern eine A-Position allenfalls zu einem „akquieszentem Handeln“ führen kann.

Anknüpfend an professionelle Unmöglichkeit des „Nicht-Einnehmens einer Stellung in dem (Indikationsspiel-)Raum Wunschkaiserschnitt“ zeichnet sich die „ANTI-Position“ durch eine als identitätsnotwendig erlebte Kongruenz zwischen frauenärztlichem Denken und Handeln aus. Zugleich wird damit der Anspruch verbunden, eine ablehnende Position zum „Wunschkaiserschnitt“ und entsprechende Entscheidungen zu begründen und transparent zu gestalten. Dem liegt die Auffassung zugrunde, dass ein frauenärztliches Selbstverständnis – jenseits einer Rolle als Ausführende von der Dienstleistung Kaiserschnitt auf Wunsch – nur auf der Entwicklung einer „authentischen“ Position basieren kann.

In Anbetracht des mutmaßlichen Einflusses von sozialen Geschlechterkonstrukten in diesem Forschungskontext („Doing (Dis-)Position“) kann daraus gefolgert werden, dass ein stärker von intrinsischen Motivationen geprägtes weibliches Rollenverhalten



für ein „als kongruent erlebtes, authentisches Positionieren“ somit fast zwangsläufig eine kritische Auseinandersetzung mit und innerhalb der hierarchischen Strukturen geburtsmedizinischer Versorgung notwendig macht. Bei einem eher mit extrinsischen Motivationen verbundenen männlichen Rollenverhalten hingegen scheint ein daraus resultierendes pragmatisch ausgerichtetes frauenärztliches Denken und Handeln weniger diesbezügliches Konfliktpotential zu beinhalten.

### **5.7 Zusammenfassung**

Anhand von ExpertInneninterviews mit dreizehn Ärztinnen und fünf Ärzten wurde der leitenden Forschungsfrage nachgegangen: „Wie erleben klinisch tätige FrauenärztInnen Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern?“. Konkretisiert betrachtet wurde die zentrale Fragestellung unter Aspekten subjektiven Erlebens von Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten, Erfahrungen von Limitierungen und entwickelter oder gewünschter Lösungsstrategien im ärztlichen Entscheidungsprozess für oder gegen die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“. Abschließend erfolgte eine Auswertung des Interviewmaterials zu grundsätzlichen Positionierungen der Interviewten im Hinblick auf diese Entbindungsart.

Einleitend wurden Einschätzungen der ÄrztInnen zur Gesamtentwicklung der Kaiserschnittraten sowie ihre Wahrnehmung und Einordnung des „Wunschkaiserschnitts“ hierbei in den Blick genommen. Dabei zeigen sich statusgruppen-spezifische Unterschiede. Für Interviewte mit assistenzärztlichem Status und (in der Regel) kürzerer klinischer Tätigkeit ist der derzeitige geburtsklinische Versorgungsalltag mit Kaiserschnittraten um die 30 Prozent der einzige bekannte Standard. Währenddessen beschreiben ÄrztInnen mit Gebietsbezeichnung und längerer klinischer Erfahrung eine Abkehr vom Paradigma, dass niedrige Kaiserschnittraten als Ausdruck qualitativ hochwertiger Geburtsmedizin zu werten sind und verbinden damit eine Zäsur in der klinischen Versorgung. Bemerkenswerterweise deuten die Aussagen der Assistenzärztinnen darauf hin, dass in ihrer universitären und klinischen Ausbildung ein Thematisieren oder eine kritische Reflexion steigender Kaiserschnittraten nicht erfolgte.

Die Einschätzungen möglicher Ursachen für steigende Kaiserschnittraten weisen zwar eine große Spannweite auf, decken sich jedoch weitgehend mit den Erklärungen, die in der einschlägigen Fachliteratur angeführt werden: Veränderten Operations- und Narkosetechniken wird ein verbessertes mütterliches und kindliches Outcome zugeschrieben. Ein verändertes Schwangerenrisikoprofil mit allgemein höherer Krankheitslast, ansteigendem mütterlichen Alter und vermehrter mütterlicher und kindlicher Gewichtszunahme als auch eine steigende Anzahl vorausgegangener geburtsmedizinischer Interventionen werden angeführt. Der Einfluss von Medien mit breiter Öffent-

lichkeitswirkung, die den „Wunschkaiserschnitt“ als schmerz- und risikoarme Routinegeburtsart präsentieren, wird genannt. Ferner werden Entwicklungen in der Rechtsprechung und der verstärkte wirtschaftliche Wettbewerb unter Geburtskliniken mit den Veränderungen in der Versorgungspraxis in Zusammenhang gebracht.

Aufschlussreich sind dennoch die Beschreibungen, dass ein in den 1990er Jahren verorteter, geburtsmedizinischer Paradigmenwechsel zeitgleich mit dem Wandel eines ganzen sozialpolitischen Paradigmenbündels einhergeht: Wettbewerbs- und NutzerInnenorientierung, PatientInnenrechte und haftungsrechtliche Kriterien, somatische und psychische Präventivüberlegungen werden als zentrale Elemente genannt, die in ärztliche Entscheidungsperspektiven für einen Kaiserschnitt einfließen (müssen). Eine bedeutsame Grundlage hierfür stellen eine veränderte Risikowahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt in Verbindung mit einer veränderte Risikobewertung von Kaiserschnittoperationen dar.

In Abhängigkeit von subjektiven (Be-)Deutungen dieser Elemente im Rahmen ihrer Entscheidungen für Kaiserschnitte ordnen Interviewte auch das Konstrukt „Wunschkaiserschnitt“ in ihre Erfahrungswirklichkeit ein. Es wird deutlich, welch großes Spektrum an Interpretationsmöglichkeiten und Optionen auf ärztlicher Handlungsebene sich aus differierenden Befunddeutungen, bei verschiedenen Auslegungen von relativen Indikationen und unterschiedlichen Definitionen von „Wunschkaiserschnitt“ im Entscheidungsprozess für einen von Nutzerinnen nachgefragten Kaiserschnitt ergeben können. Dies wird nicht zuletzt ersichtlich an den sehr weit auseinandergehenden Einschätzungen der Anteile von „Wunschkaiserschnitten“ an den Gesamtkaiserschnittsraten der jeweiligen Geburtskliniken von unter einem bis 30 Prozent.

Vor dem Hintergrund eines breit geschilderten Spektrums ärztlicher Gestaltungsmöglichkeiten in Entscheidungsfindungen mit Frauen, die den Wunsch nach Kaiserschnitt formulieren, lassen sich aus den beschriebenen Sicht- und Handlungsweisen dennoch drei generelle Ausrichtungen klinikärztlicher Interaktionsgestaltung erkennen. Diese Interaktionen werden grundsätzlich als kommunikative Handlungen zwischen den beteiligten AkteurInnen aufgefasst, die eine Inhalts- und eine Beziehungsebene beinhalten.

Wenig überraschend lässt sich zunächst feststellen, je stärker die Asymmetrie in Interaktionen zwischen den beteiligten AkteurInnen ausgeprägt ist, desto geringer sind auch die ärztliche Ergebnisoffenheit sowie die berichtete Teilhabe von Nutzerinnen an der Entscheidungsfindung. Bei genauerer Betrachtung scheint die ärztliche Gestaltung von Inhalts- und Beziehungsebene in engem Zusammenhang mit einer inhaltlichen Positionierung zu einem geburtsmedizinischen „Richtig-Falsch-Diskurs“ hinsichtlich der Entscheidung für eine Entbindungsart zu stehen.

Eine ärztliche „Gestaltung qua paternalistischer Autorität“ mit asymmetrischen Aushandlungsprozessen auf der Inhaltsebene und autoritärer Selbstinszenierung in der Beziehungsgestaltung – bei unterschiedlich möglicher Akzentuierung der jeweiligen Gestaltungsmittel – scheint auf der Überzeugung zu basieren, aufgrund fachärztlicher Expertise (alleine) die richtige Entscheidung für eine Entbindungsart treffen zu können.

Bemerkenswerter sind hingegen die verschiedenen Ausprägungen von Kommunikationskultur bei Interaktionsformen, die der Kategorie „Aufklärung als ungeklärte Gestaltung“ zugeordnet werden können. Diese Interaktionsgestaltungen eint zwar eine Auffassung, Aufklärung primär als Handlung ärztlicher Informationsweitergabe anzusehen, dennoch sind große Unterschiede festzustellen. Die Ausgestaltungen reichen – entsprechend der jeweiligen ärztlichen Einstellung zur (mutmaßlichen) Existenz richtiger oder falscher Entscheidungen – von „paternalistisch-autoritär“ über „indifferent-risikozentriert“ bis „ergebnisoffen-partizipativ“. Insbesondere bei Interaktionen, die vorrangig unter dem Aspekt Aufklärung über Risiken gestaltet werden, scheint eine mangelnde Korrespondenz zwischen den Kommunikationsebenen eine Unsicherheit in der Entscheidungsfindung bei allen beteiligten AkteurInnen zu begünstigen, sie können letztlich als gescheiterte (Risiko-)Kommunikation bezeichnet werden. Hinweise auf eine zunehmende partizipative Teilhabe von NutzerInnen zeigen sich bei Interaktionen, die der „(Beziehungs-)Gestaltung qua Kommunikation“ zugeordnet werden. Ein wechselseitiger Austausch zwischen den beteiligten AkteurInnen im Sinne eines partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses über die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ erscheint umso gelungener, je stärker die Ausgestaltung der Inhaltsebene von einer professionellen (Ergebnis-)Offenheit handlungsgeleitet und je ausgeprägter der Grad an Entsprechung von Inhalts- und Beziehungsebene sind. Als bedeutsame Elemente hierbei erweisen sich Zuhören als aktive Handlung, um Schwangeren die Explikation ihrer Positionen zu ermöglichen, sowie die verbale Vermittlung von Akzeptanz und Unterstützung ohne dabei auf Darstellung der eigenen, möglicherweise konträren, professionellen Sichtweise zu verzichten. Die Interaktionsvariante zielgerichtete, benevolent-paternalistische Gestaltung der Beziehungsebene, bei der parallel Inhaltsaspekte in der Kommunikation mit NutzerInnen zunehmend in den Hintergrund zu rücken scheinen, verweist allerdings darauf, dass auch in dieser Kategorie Tendenzen zu finden sind, die einer ärztlichen „Falsch-Richtig-Entscheidungskompetenz“ bei der Entscheidungsfindung Priorität einräumen.

Bei der aufgezeigten Spannbreite klinikärztlicher Gestaltungsoptionen in Entscheidungsfindungen mit NutzerInnen, die eine Schnittentbindung wünschen, kann der ärztliche Einfluss zwischen zwei Polen variieren: Einfluss kann in Verbindung mit der (bewussten) Einnahme einer ärztlichen Machtposition ausgeübt werden oder ÄrztInnen können – durch ergebnisoffene Authentizität – Einfluss haben, der im Sinne eines „NutzerInnen-unterstützenden- Einflussfaktors“ zu werten ist.

Zugleich finden sich Belege, dass Interaktionen zwischen Schwangeren und KlinikärztInnen nur einen Teilbereich des gesamten Entscheidungsprozesses für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ darstellen. Es kristallisieren sich drei Bereiche heraus, in denen sich ÄrztInnen in ihrer Entscheidungsfindung als verunsichert bis eingeschränkt beschreiben oder den Eindruck haben, sich nicht aktiv mit einer eigenen Position einbringen zu können. Wenig erstaunlich sind zunächst Schilderungen über die Einflüsse von strukturell-ökonomischen Rahmenbedingungen des geburtsmedizinischen Versorgungssystems. Die Wahrnehmung, sich als KlinikerInnen am Ende einer fragmentierten, geburtsmedizinischen Versorgungskette zu befinden und mit anderen Geburtskliniken dabei in wirtschaftlicher Konkurrenz zu stehen, scheint zunehmend mit einer klinikärztlichen Vorstellung einherzugehen, die „Dienstleistung Wunschkaiserschnitt“ nur noch als Umsetzung eines schon prästationär durchlaufenen Entscheidungsprozesses anzusehen – ohne aktives Einnehmen einer eigenen Position als damit vereinbar zu erleben. Weitaus überraschender sind Hinweise im Hinblick erlebter Limitierungen auf das komplexe Zusammenwirken zwischen strukturell-ökonomischen Rahmenbedingungen und Bereichen, die als „Mangelnde Evidenzbasierung und weitere (versorgungs-)systemimmanente Kommunikationsdefizite“ sowie „Informed consent-Insuffizienz“ bezeichnet werden.

Jenseits eines klinikalltäglichen zeitlichen und personellen Ressourcenmangels, dem die Befragten Kommunikationsdefizite in Interaktionen mit Nutzerinnen, im klinik-internen ärztlichen Austausch als auch im Kontakt mit niedergelassenen KollegInnen zuschreiben, scheint eine institutionalisierte, professionsinterne Kommunikationskultur in der geburtsmedizinischen Versorgung diese Defizite noch zu befördern. Insbesondere eine chefärztlich leitungszentrierte Kommunikations- und Entscheidungsstruktur der Geburtskliniken sowie eine Einweisungspraxis der Niedergelassenen für einen „Wunschkaiserschnitt“ werden – zumindest teilweise – als Konkurrenzkampf um (fach-)ärztliche (Entscheidungs-)Kompetenzzuschreibungen erlebt. Ein fachlicher Austausch scheint dabei in den Hintergrund zu treten, Kommunikation zwischen den ärztlichen Professionellen kann als komplexe (Aus-)Handlung gedeutet werden, die darauf ausgerichtet ist, Hierarchien und Machtstrukturen innerhalb des Systems herzustellen und zu sichern. Interaktionen mit Nutzerinnen, die den Wunsch nach Kaiserschnitt formulieren, durch Einnahme einer klinikärztlichen Machtposition zu gestalten scheint Entsprechungen in professionsinternen Kommunikationsbereichen zu haben. Systemimmanenten Kommunikationsdefiziten wird auch eine von Interviewten beklagte fachliche Verunsicherung zugeordnet, die im Zusammenhang mit mangelnder Evidenzbasierung des postulierten geburtsmedizinischen Paradigmenwechsels beschrieben wird. Da das zuvor genannte Aushandeln geburtsmedizinischer Entscheidungen stark auf der „Argumentationslogik“ von gängigen Begründungsmustern basiert, die keine Evidenzbasierung aufweisen, kann dieser Umstand als ein systemübergeordnetes Kommunikationsdefizit angesehen werden.

Neben diesen – zunächst nicht unmittelbar ersichtlichen – Kontextualitäten im Rahmen des gesamten Entscheidungsprozesses scheint zudem der Diskurs um „Selbstbestimmte Wahl der geburtsklinischen Entbindungsart von Schwangeren“ im besonderen Maße klinikärztliche Entscheidungsfindungen für eine (wirtschafts-)systemverträgliche Durchführung des „Wunschkaiserschnitts“ beeinflussen zu können. Im Zuge eines sich wandelnden sozialpolitischen Rollen- und Rechtsgefüges erleben sich Interviewte zunehmend als Ausführende, der von mündigen Nutzerinnen selbstbestimmt gewählten (Dienst-)Leistung „Wunschkaiserschnitt“, und sehen sich gleichzeitig in der Pflicht, einen Umgang mit möglichen forensischen Konsequenzen zu finden. Die Vorstellung von mündigen, (prästationär schon gut) informierten Nutzerinnen mit Rechtsanspruch auf einen selbstbestimmten Geburtsmodus scheint sowohl zu einer (vermeintlichen) klinikärztlichen Entlastung im Hinblick auf eine ausführliche Aufklärung führen zu können, als auch bei ÄrztInnen den Eindruck hervorrufen zu können, ihre Fachexpertise und eigene Positionierung habe nunmehr keine Bedeutung für die schon im Vorfeld getroffene Entscheidung.

Interaktionen zwischen Schwangeren und KlinikärztInnen sowie klinikärztliche Entscheidungen für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ scheinen mehr Kontextualitäten zu unterliegen, als der alleinige Blick auf die so genannte Mikroebene von Handlungen innerhalb geburtsklinischer Versorgung erkennbar werden lässt. Sowohl strukturell-ökonomische Rahmenbedingungen als auch die dargestellten Kommunikations- und Diskursausrichtung stehen in vielfachen Wechselwirkungen zueinander und können komplexen Einfluss auf ärztliche Entscheidungen und ärztliches Handeln hinsichtlich des untersuchten Forschungskontextes nehmen.

Die Lösungsstrategien der Interviewten im Hinblick auf die erlebten Limitierungen im klinikärztlichen Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ können anhand des Interviewmaterials in zwei sehr gegensätzliche Kategorien eingeteilt werden. Unter den so genannten „Individuellen Entlastungsstrategien“ werden Haltungen oder Handlungen zusammengefasst, mit denen Interviewte einen entlastenden Umgang mit Verunsicherungen suchen, die im engen Zusammenhang mit dem zunehmenden Wandel der ärztlichen Rolle als DienstleistungserbringerInnen betrachtet werden können. Hingegen stehen bei „Konzeptionellen Lösungsansätzen und Visionen“ Überlegungen im Zentrum, wie Einschränkungen entgegen getreten werden kann, die vorrangig in Verbindung mit strukturell-ökonomischen Rahmenbedingungen sowie systemimmanenten Kommunikationsdefiziten zu sehen sind.

Eine Variante individueller Lösungsstrategien zielt auf Bewältigung von ärztlicher Verunsicherung in Interaktionen mit Nutzerinnen mit Kaiserschnittwunsch ab, indem insbesondere FachärztInnen die chefärztlich-leitungszentrierte Entscheidungsstruktur nutzen, um Entscheidungen an die nächst höhere klinikärztliche Instanz abzugeben („Shift-Decision-Making“). Auch bei einer anderen Variante, die sich durch eine

grundsätzlich „wunscherfüllende“ Bereitschaft zur Durchführung von Kaiserschnitten auszeichnet, scheint die (forensische) Verantwortungsabgabe für Risiken und potentielle Komplikationen – in diesem Fall an die (mündige) Schwangere – handlungsleitend zu sein. Eine weitere Variante dieser Lösungsstrategien stellt kein entlastendes ärztliches Handeln im direkten Kontakt mit Schwangeren dar, sondern nutzt einen (individuell konnotativen) Blickwechsel auf geburtsmedizinische Qualitätskriterien, um die Versorgung mit „Wunschkaiserschnitt“ – insbesondere mit poststationärer Zufriedenheit von Nutzerinnen – zu legitimieren. Hinweise für einen diesem konnotativem Wandel zugrundeliegende, offen geführte professionsinterne Auseinandersetzung oder einen interdisziplinären Austausch finden sich in den Interviews nicht.

Erneut zeigen sich unter diesem Aspekt der Betrachtung klinikärztlicher Entscheidungsfindung für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ statusgruppen-spezifische Unterschiede: AssistenzärztInnen erleben ihre fehlende Entscheidungskompetenz zur Durchführung einer Schnittentbindung als Entlastung, FachärztInnen hingegen können zur Verantwortungsabgabe auf „Shift-Decision-Making“ zurückgreifen, währenddessen scheinen (chef-)ärztliche Entscheidungsträger der Geburtskliniken eine zunehmend an einem Kundinnen-Konstrukt orientierte Geburtsmedizin mit einer entsprechend gestalteten klinikinternen „Handlungsmaxime“ zu legitimieren.

Abgrenzend von individuellen (oder klinikinternen) Lösungsstrategien zeichnen sich konzeptionell-lösungsorientierte Ansätze oder Wünsche der ÄrztInnen dadurch aus, dass eine – konstruktiv mitverantwortliche – Einbindung von mehreren, am „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ direkt oder indirekt beteiligter AkteurInnen zu erkennen ist. Im Vordergrund der vier Bereiche, die der zweiten Kategorie „Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen“ zugeordnet werden, stehen zunächst Überlegungen, die auf „kollektivere“ Versorgungsstrukturen und Interaktionsgestaltungen abzielen.

Angesichts der erlebten Komplexität des Entscheidungsprozesses streben die Interviewten neben einer besser verzahnten, multidisziplinären Betreuung durch die klassischen geburtsmedizinischen Professionen zudem eine „Interdisziplinäre Kooperation“ im Versorgungskonzept an: Der Wunsch nach Einbezug von Kenntnissen und Kompetenzen weiterer Fachdisziplinen, zur Begleitung und Unterstützung Schwangerer in ihrem Entscheidungsprozess als auch zur Lösung klinikärztlicher Probleme im Rahmen defizitärer, professionsinterner Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen, wird formuliert.

Weiterhin werden Überlegungen zur „Herstellung von Transparenz“ geäußert, die in erster Linie dazu beitragen sollen, einen frühzeitigeren, unverbindlichen und von Anschauung geprägten Kontakt mit Schwangeren zu schaffen, um damit einer klinikärztlichen Position am Ende der geburtsmedizinisch-sektoralen Versorgungskette entgegen zu treten. Veranstaltungen, wie beispielsweise Kreißsaalführungen, wird

ein anschaulicher Informationsgewinn hinsichtlich räumlicher und personeller geburtsklinischer Gegebenheiten zugeschrieben. Bedeutsam erscheint, dass in diesem Kontext ein auch konzeptionelles Potential für Interaktionen beschrieben wird, die nicht vorrangig vom Bestreben Schwangerer nach ärztlicher Einwilligung in einen „Wunschkaiserschnitt“ geprägt werden. Zugleich ist vorstellbar, dass KlinikärztInnen derartige Kontakte nicht primär als Situationen erleben, in denen definitive Entscheidungen von ihnen verlangt werden. Im Rahmen eines Austausches innerhalb von Professionellen und einem Schwangerenkollektiv scheinen andere inhaltliche Impulse befördert zu werden als in Einzelkontakten, somit kann dies ein unterstützendes Element im Entscheidungsprozess aller AkteurInnen für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ darstellen.

Anknüpfend an ein Verständnis von Transparenz im Sinne von professioneller Verantwortung zur Offenheit und Anschaulichkeit ist weiterhin denkbar, dass bei diesen Veranstaltungen an Geburtskliniken ein Fokus auf offene und klare Darlegung von geburtsklinischen Abläufen, Prozessen, Strukturen und Entscheidungen gesetzt werden könnte. Zudem wird Transparenz in diesem Kontext als Verantwortung zur Veranschaulichung und Offenlegung mangelnder Evidenzbasierung des postulierten geburtsmedizinischen Paradigmenwechsels verstanden.

Die Überlegungen, die schließlich einem vierten Bereich „Öffentlicher Diskurs“ zugeordnet werden, zielen nunmehr verstärkt auf eine Einbeziehung von AkteurInnen, welche nicht direkt an Entscheidungen für „Wunschkaiserschnitte“ beteiligt sind. Nicht unerwartet werden Forderungen an gesundheitspolitisch Verantwortliche formuliert, eine eindeutige Position zur Kostenregelung für „Wunschkaiserschnitte“ zu beziehen. Darüber hinaus wird eine grundsätzliche Reformierung der Vergütung von Geburten in Betracht gezogen. Jenseits einer offenen und öffentlichen Debatte über die finanzielle Ausrichtung geburtsklinischer Versorgung wird ebenso ein professionelles Interesse an einer in der Öffentlichkeit geführten Diskussion deutlich, in der – im Zusammenhang mit der Thematik Kaiserschnitt auf Wunsch – eine zunehmende Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt zur Sprache kommt. Weitgehend unklar bleibt jedoch, welche AkteurInnen in der Verantwortung gesehen werden, einen derartigen gesellschaftlichen Aushandlungsprozess in Gang zu setzen. Frauenärztinnen scheinen allerdings stärkere Tendenzen aufzuweisen, reflexive Prozesse hinsichtlich zu entwickelnder Entmedikalisierungsstrategien innerhalb der eigenen Profession einzufordern als ihre Kollegen.

Bei der abschließenden Betrachtung von grundsätzlichen Positionierungen als klinisch-ärztliche Professionelle im „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ kristallisierten sich drei Kategorien auf einem „Positionierungskontinuum“ heraus, die weitere geschlechter-spezifische Unterschiede erkennen lassen. Unter Einbezug von Einlassungen der Interviewten zu ihren Beweggründen bei der Berufswahl sowie ihren verbalisierten

affektiven Erfahrungswirklichkeiten bei Entscheidungsfindungen für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ verdichten sich die Hinweise auf Korrelationen der entsprechenden Positionierungen mit sozialen Geschlechterrollen:

Einer „PRO-Position“ (Pragmatical, Risk-covered Obstetricians), die sich durch eine starke Zustimmungstendenz für einen „Wunschkaiserschnitt“ auszeichnet, können sowohl Frauenärztinnen als auch Frauenärzte zugeordnet werden. Indes lassen sich in einer so genannten „A-Position“ (Ambivalence or Acquiescence), die durch eine Uneindeutigkeit bei der Positionierung gekennzeichnet ist, nur Interviewpartnerinnen finden. Gleiches gilt für die „ANTI-Position“ (Affinity to Necessary Tocological Interventions), die eine ausgeprägte Ablehnungstendenz für gewünschte Schnittentbindungen beinhaltet.

Anhand des Interviewmaterials lassen sich fünf Leitmotive für die Berufswahl Frauenheilkunde bestimmen: „Geburt als positiver Kontrast zu Pathologie“ und „Abwechslungsreiches, handwerkliches Fachgebiet“ werden von beiden Geschlechtern als entscheidende Gründe genannt. Ein „Beruflicher Pragmatismus“ scheint stärker mit männlicher Sozialisation verbunden, hingegen können „Biographische Beweggründe“ und „Frauen(gesundheits-)politische Motive“ als eher „weiblich geprägte“ Aspekte bei der Berufswahl gedeutet werden. In Schilderungen der Interviewten zu ihrem Gefühls(er)leben in Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern, wird von beiden Geschlechtern Resignation beschrieben. Während Frauenärzte mit Verweis auf ein pragmatisch notwendiges Handeln innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen in der geburtsklinischen Versorgung ihr Gefühlserleben zu relativieren scheinen, finden sich in Interviews mit Ärztinnen dagegen Hinweise, dass Resignation mit einem konflikthaften Erleben von frauenärztlicher Identität verbunden wird. Zudem benennen Frauenärztinnen ein großes Spektrum weiterer Gefühlsqualitäten, neben Ärger und Wut bilden auch Schuldgefühle und Ängste einen emotionalen Hintergrund im Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“. Es liegt nahe, dieses unterschiedliche Erleben von sozialen Wirklichkeiten in Verbindung mit den „weiblich biographisch motivierten“ und „männlich pragmatisch ausgerichteten“ Beweggründen bei der Berufswahl zu sehen und abzuleiten, dass daraus auch ein unterschiedliches arbeitsalltägliches Handeln und Positionieren in dem „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ resultieren kann.

Bedeutsam für die Einnahme einer „PRO-Position“ scheinen eine Vermeidung von antizipierten, juristischen Sanktionen sowie ein an ärztlichen Arbeitsbedingungen im geburtsklinischen Versorgungssektor ausgerichteter Pragmatismus zu sein. Auffällig ist, dass im Zuge der Begründung für diese Positionierung insbesondere männliche Professionelle explizit auf das Selbstbestimmungsrecht der Nutzerinnen hinweisen. Bei der „ANTI-Position“ erscheint eine, für eine frauenärztliche Identität als notwendig



erlebte, Kongruenz zwischen frauenärztlichem Denken und Handeln ausschlaggebend. Damit verknüpft wird zugleich eine kritische Auseinandersetzung mit und innerhalb der hierarchischen Strukturen geburtsmedizinischer Versorgung. Der Bereich zwischen den beiden Positionspolen („A-Position“) ist geprägt durch Ambivalenzen und Schwierigkeiten beim Einnehmen einer eindeutigen Position. Frauenärztliche Identitätskonflikte in Verbindung mit entsprechenden Gefühlsqualitäten scheinen hierbei eine wesentliche Rolle zu spielen und können durch ein Bewusstsein, (fach-) ärztliche Verantwortung für Entscheidungen und Positionierung in diesem Kontext inne zu haben, intensiviert werden.

Angesichts der geschlechterspezifischen Verteilungsdifferenzen bei den PRO-, A- und ANTI-Positionen kann gefolgert werden, dass ein eher mit extrinsischen Motivationen verbundenes männliches Rollenverhalten mit einem daraus resultierenden pragmatisch ausgerichteten frauenärztlichen Denken und Handeln im Rahmen des derzeitigen geburtsmedizinischen Versorgungssystem weniger Konfliktpotential zu beinhalten scheint als ein stärker von intrinsischen Motivationen geprägtes weibliches Rollenverhalten. Festzustellen bleibt, dass soziale Geschlechterrollen eine Determinante im Positionierungsverhalten von FrauenärztInnen zum „Wunschkaiserschnitt“ darstellen können („Doing (Dis-)Position“).

Weiterhin festgehalten werden kann an dieser Stelle, dass sich in der Zusammenschau der empirischen Ergebnisse einige Inkonsistenzen zeigen. Besonders auffällig erscheint die Diskrepanz zwischen der klinikärztlichen Einnahme einer PRO-Position – eingedenk der expliziten Verweise auf das Recht von Schwangeren zur selbstbestimmten Wahl der geburtsklinischen Entbindungsart – und der Interaktionskategorie „Gestaltung qua paternalistischer Autorität“, in der vorrangig Fallbeispiele geschildert werden, die auf eine ablehnende klinikärztliche Haltung zur Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ schließen lassen. Zugleich lässt sich den Interviews entnehmen, dass diese Interaktionsgestaltung schlussendlich nur ein geringes Potential an ärztlicher Einflussnahme im Hinblick auf die Entscheidung der Schwangeren aufweist. Zudem lassen Interaktionsgestaltungen mit eher geringer partizipativer Einbindung von Nutzerinnen eine enge Verbindung zu einer dichotomen Vorstellung von „Falsch-Richtig-Entscheidungen“ bei ÄrztInnen erkennen. Diese so legitimierte und gelebte ärztliche Entscheidungshoheit verwundert sehr angesichts gleichzeitiger Äußerungen zu bestehenden fachlichen Verunsicherungen aufgrund mangelnder Evidenzbasierung des postulierten geburtsmedizinischen Paradigmenwechsels sowie deutlicher Hinweise auf ein breites, subjektives Spektrum bei ärztlichen Befunddeutungen und Indikationsauslegungen.

Widersprüche werden ferner augenscheinlich bei den Ergebnissen zu verschiedenen klinikärztlichen Umgehensweisen und Überlegungen zur Lösung von erlebten Limitierungen in Entscheidungsfindungen für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“. Überlegungen zur intensiveren Verzahnung der Versorgungskette durch frühzeitige und systematische Einbindung von Geburtskliniken in die Schwangerenbetreuung und ein klinikärztlicher Anspruch Schwangerschaft nicht zu „klinifizieren“ erscheinen unvereinbar. Aber auch Erfahrungen und Überlegungen zu Verbesserungsmöglichkeiten durch multi- und interdisziplinäre Kooperation sowie durch „kollektive“ Interaktionsgestaltungen mit Nutzerinnen scheinen nicht verhindern zu können, den vermeintlich konsensfähigen, sozialpolitischen Rollenwandel zu „klinikärztlichen Dienstleistenden“ als individualisierte Problematik zu erleben und in Folge dessen Entlastungsstrategien zu entwickeln, die primär auf das Verschieben von ärztlicher Verantwortung abzielen.

So scheint – nicht nur unter dem Aspekt des Einflusses von sozialen Geschlechterrollen – die Frage nach Determinanten hinsichtlich der Ausbildung von frauenärztlichen Identitäten und dem Zusammenhang von klinikärztlichem Handeln zentral für den untersuchten Forschungskontext zu sein. Eine weitergehende Erörterung der empirischen Ergebnisse im Spiegel des zuvor im theoretischen Teil dieser Arbeit betrachteten Forschungsstandes soll dazu weiteren Aufschluss geben.

### 6. SCHLUSSBETRACHTUNGEN

Der Untersuchungsgegenstand „Entscheidungsfindung für einen Kaiserschnitt auf Wunsch“ kann aus unterschiedlichen Perspektiven beteiligter AkteurInnen analysiert werden. In der vorliegenden qualitativen Studie wurden die Sicht- und Handlungsweisen von klinisch tätigen FrauenärztInnen anhand von ExpertInneninterviews untersucht. Aus Perspektive der Versorgungsforschung leistet die Betrachtung ärztlichen Handelns sowohl aus Eigen- als auch aus Fremdwahrnehmung einen wesentlichen Beitrag zur Analyse und möglichen Optimierung des medizinischen Versorgungsalltags (Schmacke, 2004). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist der Schwerpunkt auf die Eigen- oder Selbstwahrnehmung – in Verbindung mit einer Literaturstudie – gelegt worden.

Der Untersuchung liegt die Annahme zugrunde, dass einzelne Interaktionssituationen zwischen Schwangeren und KlinikärztInnen nur einen Teilbereich des gesamten Entscheidungsprozesses für einen „Wunschkaiserschnitt“ darstellen. In diesem Sinne können die Auswertungsergebnisse als ein wichtiger Schritt zum Verständnis der Komplexität dieses Entscheidungsprozesses gesehen werden, zumal der Einfluss auf die Entscheidung von Schwangeren für einen Geburtsmodus durch klinisch tätige GeburtsmedizinerInnen von großer Bedeutung ist (Kasai et al., 2010; Waldenström, 2007; Emmett et al., 2006). Zudem wird in der einschlägigen Fachliteratur darauf verwiesen, dass besonderer Forschungsbedarf an Untersuchungen von Interaktionen zwischen Nutzerinnen und ÄrztInnen besteht, die eine Analyse des Entscheidungskontextes für einen „Wunschkaiserschnitt“ berücksichtigen (MacDorman et al., 2008b; Gamble et al., 2007).

Unter der zentralen Fragestellung „Wie erleben klinisch tätige FrauenärztInnen Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern?“ geht die Studie folglich mit der Forschungsabsicht einher, durch Interpretation der Erfahrungswirklichkeiten befragter ÄrztInnen in Verbindung mit dem dargelegten Forschungsstand weitere Erkenntnisse über Entscheidungskontextualitäten für einen „Wunschkaiserschnitt“ und den damit verbundenen postulierten geburtsmedizinischen sowie sozialpolitischen Paradigmenwechseln (AG MedR DGGG, 2010a) zu gewinnen, um Ansatzpunkte für eine bestmögliche Versorgung schwangerer Frauen im Hinblick auf die Entscheidung für eine Entbindungsart zu entwickeln.

In diesem Kapitel werden in einem ersten Schritt zentrale empirische Ergebnisse der Studie im Hinblick auf den dargelegten Forschungsstand erörtert. In einem zweiten Schritt folgen Überlegungen und Schlussfolgerungen, wie die so gewonnenen Erkenntnisse zur Verbesserung der geburtsmedizinischen Versorgungspraxis genutzt werden können.

### **6.1 Erörterung der empirischen Ergebnisse mit Blick auf den aktuellen Forschungsstand**

Die leitende Forschungsfrage wurde inhaltlich bezogen auf unterschiedliche Themenfelder konkretisiert betrachtet: Einschätzungen zur Gesamtentwicklung der Kaiserschnittraten sowie Einordnung des „Wunschkaiserschnitts“, Erleben von Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten, Erfahrungen von Limitierungen und entwickelte oder gewünschte Lösungsstrategien im klinikärztlichen Entscheidungsprozess für oder gegen die Durchführung eines Kaiserschnitts auf Wunsch sowie grundsätzliche Positionierungen der Interviewten im Hinblick auf diese Entbindungsart. Die Erörterung der zentralen Ergebnisse erfolgt in diesem Abschnitt gemäß dem Aufbau des empirischen Teils.

#### **6.1.1 Deutungen und Definitionen bei defizitärer Evidenz**

Die Einschätzungen der interviewten ÄrztInnen zur Entwicklung der Kaiserschnittraten weisen eine qualitative Tendenz für Unterschiede innerhalb der ärztlichen Statusgruppen auf; dies gilt es anhand eines repräsentativen Samples weiter zu überprüfen. Die geburtsklinische Versorgungspraxis mit Kaiserschnittraten unter 20 Prozent noch kurz vor der Jahrtausendwende ist den interviewten Assistenzärztinnen in Weiterbildung nicht bekannt. Im Rahmen aufgeführter Begründungen für steigende Kaiserschnittraten wird der Verlust konservativer geburtsmedizinischer Kompetenzen in einer zunehmend interventionsorientierten fachärztlichen Ausbildung (Menacker & Martin, 2009; Huch & Chaoui, 2006, Plante, 2006) insbesondere von interviewten FachärztInnen mit längerer klinischer Erfahrung beklagt. Ein kritisches – mit der jüngeren ÄrztInnengeneration gemeinsames – Reflektieren der Abkehr vom Paradigma, dass niedrige Kaiserschnittraten als Ausdruck qualitativ hochwertiger Geburtsmedizin zu werten sind, ist eine notwendige Grundlage, diesem Umstand Abhilfe zu schaffen. Jedoch weisen die Ergebnisse darauf hin, dass dies weder im Studium noch in der geburtsklinischen Ausbildung ausreichend Berücksichtigung findet.

Die von den InterviewpartnerInnen angeführten Erklärungen für steigende Kaiserschnittraten erweisen sich als weitgehend deckungsgleich mit dem bereits bekannten Kanon gängiger Begründungsmuster (AG MedR DGGG, 2010a): Als medizinische Argumente werden vorrangig ein verbessertes mütterliches und kindliches Outcome (Husslein & Langer, 2000) bei veränderten Operations- und Narkosetechniken (Gogarten et al., 2004; Stark & Finkel, 1994) sowie ein erhöhtes Risikoprofil von Schwangeren (Huch & Chaoui, 2006) genannt. Als paramedizinische Begründungen fungieren insbesondere verstärkt Einfluss nehmende Entwicklungen der Rechtsprechung (Laufs, 2004) und des wirtschaftlichen Wettbewerbs unter Geburtskliniken

(Jonat et al., 2008). Die Ergebnisse bestätigen, dass diese – schon als „professionell verinnerlichten Denkroutinen“ zu bezeichnenden – Begründungen zu einer veränderten Risikobewertung von Kaiserschnittoperationen; aber auch zu einer grundsätzlich ärztlich veränderten Risikowahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt führen (Habiba et al., 2006). Der vorab skizzierte geburtsmedizinische Paradigmenwechsel wird von den Befragten mit längerer klinischer Tätigkeit in den 1990er Jahren verortet (vgl. Kapitel 5.2.2). Dies deckt sich mit einem grundsätzlichen Wandel der „Klinischen Medizin“ zu einer „Risikomedizin“ um die Jahrtausendwende, in der mehr und mehr nicht (nur) Symptome behandelt, sondern individuelle Risiken gemanagt werden sollen (Samerski, 2012; Duden, 2008; Schneider, 2003).

Diese Entwicklung wurde im Kontext des „Wunschkaiserschnitts“ beispielsweise flankiert von der Diskussion um die (vermeintliche) Prävention von Beckenbodenschäden durch Kaiserschnitt; geburtsmedizinische Fachpublikationen zeichnen sich seit Mitte der 1990er Jahre durch eine Flut an Veröffentlichungen zu Harn- und Stuhlinkontinenz, Beschwerden durch Senkung der Gebärmutter und Sexualstörungen nach vaginaler Entbindung aus (vgl. Kapitel 3.2.3).

Auffällig ist, dass sowohl in den Interviews als auch in der einschlägigen Fachliteratur der wirkmächtige Einfluss von öffentlichen Medien, die den „Wunschkaiserschnitt“ als (vermeintlich) schmerz- und risikoarme Routinegeburtsart präsentieren, im Zusammenhang mit den insgesamt steigenden Kaiserschnittraten betont wird (ACOG, 2008; Schneider, 2008; Hübner & Jacob, 2006; vgl. Kapitel 5.2.2). Zugleich werden geburtsmedizinische Fachpublikationen vergleichsweise wenig kritisch beurteilt und der beiden Phänomen (steigende Kaiserschnittraten und „Wunschkaiserschnitte“) zugrundeliegende geburtsmedizinische Paradigmenwechsel wird nicht in Frage gestellt. Dies erstaunt angesichts der mittlerweile bekannten fehlenden Evidenz vieler Untersuchungen aus der Zeit vor der NIH-Empfehlung (2006) für „intended mode of delivery“-Studien und der wenigen methodisch entsprechend gestalteten Studien in der Folgezeit, die mit ihren Ergebnissen deutlich mehr Belege für ein erhöhtes mütterliches und kindliches Risiko bei elektiven Kaiserschnitten im Vergleich zu Vaginalgeburten erbringen (Lumbiganon et al., 2010; Lavender et al., 2009; MacDorman et al., 2008b; Villar et al., 2007; Liu et al., 2007). Ferner impliziert die häufig angeführte Charakterisierung eines veränderten Nutzerinnenprofils – im Sinne von älter, dicker und kränker – in der Geburtsmedizin kausale Zusammenhänge, die nach aktueller Datenlage nicht als gesichert gelten können (MacDorman et al., 2008b; Bailit et al., 2004; Rhodes et al., 2003).

Somit sind die beiden argumentativen Grundpfeiler der gängigen medizinischen Begründungsmuster ins Wanken geraten, dies spiegelt sich allerdings kaum in den Aussagen der Befragten wider. Dafür kann es zwei Erklärungen geben. Zum einen wird deutlich, dass in der ärztlichen Ausbildung eine systematische Vermittlung des

Konzeptes der Evidenz-basierten Medizin fehlt (Lühmann, 2012). Zum anderen belegt die Interviewauswertung, dass zeitgenössische Konnotationen von Begrifflichkeiten und damit verbundene unterschiedliche Auslegungen von Definitionen (und Indikationen) einen Hintergrund für die Entstehung subjektiver ärztlicher Deutungen bilden. Diese stellen wiederum zugleich prägende Grundlage und Legitimierungsbasis für Denken und Handeln im untersuchten Forschungskontext dar.

Die empirischen Ergebnisse zeigen ein breites Spektrum von Interpretationen und Befunddeutungen sowie verschiedene Auslegungen von relativen Indikationen und unterschiedlichen Definitionen von „Wunschkaiserschnitt“. Der fehlende Konsens in der Fachwelt über die Definition eines „Wunschkaiserschnitts“ ist bekannt (Gossman et al., 2006), zugleich wird auf die zentrale Bedeutung der Terminologie in diesem Kontext verwiesen (Childbirth Connection, 2008). Semantisch legt der Begriff „Wunschkaiserschnitt“ eine ausschließlich zugrundeliegende Nachfrage von Schwangeren nahe. Aussagen der Interviewten ergeben aber Hinweise darauf, dass der postulierte Spielraum eines „Kontinuums mit einem weichen und einem harten Indikationspol“ (AG MedR DGGG, 2010a; Husslein & Langer, 2000) im Zusammenhang mit subjektiven Deutungen und ärztlicher Definitionsmacht auch als Verschieben von (forensisch relevanten) Verantwortlichkeiten genutzt werden kann und zur mangelnden Transparenz der Gründe für die Durchführung der so bezeichneten Schnittentbindungen führt. Die auffallend stark differierenden Angaben der Interviewten zur Häufigkeit von Anfragen und Durchführungen von „Wunschkaiserschnitten“ können damit erklärt werden (vgl. Kapitel 5.2.3). Es erstaunt allerdings, dass in den Interviews zwar der verharmlosende Begriff „sanfte Sectio“ (Lehmann, 2006) kritisch betrachtet wird, eine fehlende kritische – breit professionsintern geführte – Reflexion über die Anwendung des Terminus „Wunschkaiserschnitt“ und das diesbezüglich bestehende große subjektive Indikationsspektrum aber kaum beklagt wird. Insgesamt legt die Erörterung dieser ersten Teilergebnisse schon die Vermutung nahe, dass paramedizinische Einflussfaktoren eine weitaus größere Rolle in dem „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ spielen als die gängigen Erklärungsmuster zunächst den Anschein erwecken (wollen).

### **6.1.2 Ärztliches Alphabet der Kommunikation – von Autorität bis Zuwendung**

Angesichts des von Geburtsgineologinnen breit propagierten „Informed Consent“-Modells für die Interaktionsgestaltung zwischen Ärztinnen und schwangeren Frauen, die den Wunsch nach Entbindung per Kaiserschnitt formulieren (Dudenhausen, 2008; Lee & D’Alton, 2008b; Vetter & Goeckenjan, 2005; Sharma et al., 2004, Minkoff et al., 2004; ACOG, 2004), erscheint das große Spektrum der in dieser Studie geschilderten ärztlichen Gestaltungsmöglichkeiten in diesen Interaktionen bemerkenswert. In Betracht zu ziehen ist allerdings ein methodischer Bias durch eine Interviewerin mit

Expertinnenstatus (auch) einer anderen Fachdisziplin, so dass Interviewaussagen gemäß des vermuteten Forschungsinteresses erfolgt sein könnten (Bogner & Menz, 2005).

In modifizierter Anlehnung an die „klassische“ Publikation von Emanuel und Emanuel (1992) ergibt die Interviewauswertung drei grundsätzliche Ausrichtungen klinikärztlicher Interaktionsgestaltungen (paternalistisch-autoritär, (risiko-)informativ und wechselseitiger Austausch). Je nach Art der angewandten (Kommunikations-)Mittel, um Nutzerinnen mit (fachmedizinischen) Botschaften zu erreichen, wurden die Ausrichtungen zusätzlich in jeweils drei Unterkategorien gegliedert (vgl. Kapitel 5.3.4). Zu bedenken bleibt, dass der Modus ärztlicher Interaktionsgestaltungen im klinischen Arbeitsalltag – je nach subjektiver Einschätzung der Situationen – fließende Übergänge aufzeigen und sogar Sprünge zwischen einzelnen (Unter-)Kategorien beinhalten kann.

Anhand der empirischen Ergebnisse wird deutlich, dass bei Entscheidungsfindungen zwischen Schwangeren und ÄrztInnen für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ neben der Ausgestaltung der inhaltlichen Ebene die Gestaltung der Beziehungsebene eine Schlüsselrolle einnimmt. Hier ist eine inhaltliche Parallele zu den Veröffentlichungen von Montori et al. (2006) sowie Entwistle und Watt (2006) zu erkennen. Einerseits scheint eine vertrauensstiftende Beziehungsgestaltung ein wesentliches Element von Unterstützung im Sinne von Nutzerinnenorientierung darzustellen, die gleichsam bei Schwangeren zu bewirken scheint, ihren eigenen Standpunkt vertreten zu können und für professionelle Einlassungen offen zu sein. Andererseits zeigt sich, dass die ärztliche Beziehungsgestaltung in engem Zusammenhang zu der Überzeugung steht, aufgrund (fach-)ärztlicher Expertise (alleine) die richtige Entscheidung für eine Entbindungsart treffen zu können.

Eine paternalistische Interaktionsgestaltung wird charakterisiert durch professionelle Dominanz und eine damit einhergehende betonte Beziehungsasymmetrie zwischen den AkteurInnen. Gerechtfertigt wird dies mit einem (mutmaßlichen) medizinischen Wissensmonopol der Professionellen; die Beziehungsqualität kann sich hierbei jedoch von gütig-benevolent bis autoritär-hierarchisch erstrecken (Scheibler, 2004; Dierks & Schwartz, 2003; Emanuel & Emanuel, 1992). Die entsprechende Kategorie zur Interaktionsgestaltung, die sich aus den Interviews ableiten lässt, weist eine deutliche Ausrichtung mit asymmetrischen Aushandlungsprozessen auf der Inhaltsebene und autoritärer Selbstinszenierung in der Beziehungsgestaltung auf („Gestaltung qua paternalistischer Autorität“).

In der zweiten Kategorie („Aufklärung als ungeklärte Gestaltung“) stellt der Begriff „Aufklärung“ das zentrale Element dar. Angesichts der enormen forensischen Bedeutung dieses Begriffes mit einem Fokus auf ärztliche Informationsweitergabe (AG

MedR DGGG, 2010a; Ulsenheimer, 2001) verwundert es nicht, dass die Befragten Aufklärung primär als monologische ärztliche Handlung verstehen, zugleich lassen sich dabei unterschiedliche Ausprägungen der Beziehungsgestaltung erkennen („paternalistisch-autoritär“, „indifferent-risikozentriert“ und „ergebnisoffen-partizipativ“). In der dritten Kategorie („(Beziehungs-)Gestaltung qua Kommunikation“) wird ein interpersonaler Austausch beteiligter AkteurInnen stärker in den Mittelpunkt des Kontaktes gerückt; diese Art der Interaktionsgestaltung kann nunmehr in die konzeptionelle Nähe von „Shared Decision Making“ gerückt werden (Charles et al., 1999a; 1997). Zuhören als aktive ärztliche Handlung, um Schwangeren die Explikation ihrer Positionen zu ermöglichen, sowie die verbale Vermittlung von Akzeptanz und Unterstützung – ohne dabei auf Darstellung der eigenen, möglicherweise konträren, professionellen Sichtweise zu verzichten – erweisen sich als bedeutsame Faktoren für partizipative Teilhabe von Nutzerinnen. Jedoch kann die (Über-)Betonung des Einsatzes von nonverbalen Kommunikationsmitteln – im Sinne einer benevolent-paternalistischen Beziehungsgestaltung („Vertrauen(sbildung) durch Zuwendung“) – erneut eine Asymmetrie zwischen Schwangeren und ÄrztInnen befördern. Hier schließt sich der Kreis des ärztlichen Gestaltungsspektrums (vgl. Abb.1) Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass das methodische Vorgehen nur bedingt Rückschlüsse auf konkretes Handeln der ärztlichen Professionellen im geburtsklinischen Versorgungsalltag zulässt und teilnehmende Beobachtungen erforderlich sind (Flick, 2005a), um diese Ergebnisse weiter zu verfolgen.

Die Gestaltung der Beziehungsebene erscheint – trotz der genannten methodischen Einschränkung – als die zentrale Voraussetzung für einen wechselseitigen, ergebnisoffenen Austausch wie auch für einen partnerschaftlichen Entscheidungsprozess zwischen den beteiligten AkteurInnen im Hinblick auf die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“. Dieses empirische Ergebnis stützt die Auffassung von Goldberg (2003) und Christilaw (2006), wonach nutzerinnenorientierte geburtshilfliche Entscheidungsfindungen durch eine empathische Beziehungsebene zwischen den AkteurInnen ermöglicht werden und ein „Informed Consent“-Modell dies per definitionem nicht zu leisten vermag. Von wesentlicher Bedeutung ist, dass diese Auffassung nicht die Relevanz der Inhaltsebene schmälert, sondern – in Verbindung mit einer diskursanalytischen Sichtweise – davon ausgeht, dass institutionalisierte und geregelte Wissensbestände individuelles und kollektives Denken und Handeln bestimmen (können) (Jäger, 2000). Anders formuliert – vermeintlich objektiv wissenschaftlich-basierte Inhalte können (oftmals) mehr Einfluss auf die Beziehungsebene ausüben als den beteiligten AkteurInnen bewusst ist.



Vor diesem Hintergrund entpuppt sich die Interaktionsgestaltung zwischen schwangeren Nutzerinnen und ÄrztInnen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ als medizinisch-sozialpolitischer Brennpunkt:

Es geht um die Entscheidung für oder gegen eine abdominale Operation, deren möglicher Nutzen nicht gesichert ist und deren (Langzeit-)Risiken nicht ausreichend untersucht sind (Lavender et al., 2009; Robson et al., 2009). Gängige medizinische (und sozialpolitische) Diskurse führen aber dennoch zu veränderten Risikowahrnehmungen von Schwangerschaft, Geburt und Kaiserschnittoperationen bei ÄrztInnen wie auch bei Nutzerinnen (Fenwick et al., 2010; Kukla et al., 2009; Bryant et al., 2007). Vor diesem Hintergrund ungesicherte medizinische Inhalte (als solche) verstehbar zu transportieren stellt eine Herausforderung an die ärztliche Profession dar und setzt voraus, die Zusammenhänge betrachtet, reflektiert und verstanden zu haben (Lalouschek, 2002). In Kenntnis eines evidenzdefizitären medizinischen Wissensstandes ist die – an sich schon nicht haltbare – ärztliche Überzeugung, alleinige Entscheidungskompetenz für eine Geburtsart inne zu haben, nicht zu verantworten.

Damit tritt das soziale Spannungsfeld und die Relevanz der Gestaltung der Beziehungsebene in den Mittelpunkt der weiteren Schlussbetrachtungen. Zwar werden asymmetrische Rollenzuschreibungen im ÄrztInnen-NutzerInnen-Kontakt zumeist auf ein (vermeintliches) medizinisches Wissensmonopol der Professionellen zurückgeführt, angesichts der mangelhaften Evidenz beim Wissensstand im Kontext „Wunschkaiserschnitt“ belegen die Auswertungsergebnisse jedoch, dass ärztliche Interaktionsgestaltungen – bewusst oder unbewusst – auch mit der Intention der Herstellung von sozialen Ordnungen (Stamer et al., 2011) einhergehen (können). Es wird ersichtlich, dass spezifische Schulungen für ÄrztInnen im Sinne von checklistenartigen Handlungsanweisungen zur Interaktionsgestaltung mit NutzerInnen (RCGP, 2012; Loh et al., 2007) hierfür nicht sensibilisieren (Lalouschek, 2002), sondern das Herstellen von sozialen Ordnungen noch zu untermauern scheinen. Ferner tragen sie nicht dazu bei, die Frage nach ärztlicher Verantwortung im NutzerInnenkontakt zu beleuchten.

Die empirischen Ergebnisse weisen insbesondere auf Respekt, Akzeptanz und Empathie als zentrale ärztliche Einflussfaktoren hin, die in einer dialogischen Kommunikation mit schwangeren Frauen mit Kaiserschnittwunsch eine beiderseitig ergebnisoffene Entscheidungsfindung befördern. Diese Sozialkompetenzen berühren zentral den Bereich ärztlicher Verantwortung (Schmacke, 2012; Beauchamp & Childress, 2009; Souchon & Heberhold, 2008), den es in diesem Zusammenhang noch weiter in Tiefenschärfe zu betrachten gilt: Keinesfalls dürfen konzeptionelle Modelle der Entscheidungsfindung zu einem „*Abwälzen von Verantwortung*“ auf NutzerInnen führen (Schmacke, 2012, S.61). Ärztliche Verantwortung bedeutet im „Geschehen Entscheidungsfindung Wunschkaiserschnitt“ auch die Darstellung der eigenen professionellen

Sichtweise und einer damit verbundenen inhaltlichen Positionierung (vgl. Kapitel 5.6.3). Zugleich kann dies (situations- und) kontextbezogen die ärztliche Ablehnung der Durchführung des Eingriffs beinhalten. Die Entscheidung sollte sich aber nicht auf eine Überzeugung gründen qua fachärztlicher (Status-)Expertise dazu berechtigt zu sein, vielmehr gilt es in diesem Zusammenhang die ethischen Prinzipien Vermeidung von Schaden, Fürsorge und Gerechtigkeit (Tegethoff, 2011, Bergeron, 2007) einzubeziehen.

Es wird ersichtlich, dass eine konzeptionelle Dreiteilung von medizinischer Entscheidungsfindung (direktiver Paternalismus, Shared Decision Making und Informed Consent oder Informed Decision Making) für den hierbei wesentlichen Aspekt ärztliche Verantwortung – zumindest im Kontext der Thematik „Wunschkaiserschnitt“ – deutlich zu kurz greift. Die aus dem Einbezug ethischer Prinzipien resultierenden ärztlichen Entscheidungen sollten gegenüber Schwangeren transparent expliziert werden. Dies könnte einen zentralen Schritt darstellen auf dem Weg, ein solches ärztliches (authentisches statt autoritäres) Handeln aus medizinethischen Überlegungen nicht automatisch mit einem negativ konnotierten Paternalismus gleich zu setzen.

Angesichts dieser Erörterungen erscheint allerdings das Deklarieren der Entscheidungsfindung für oder gegen einen medizinisch nicht notwendigen Kaiserschnitt im Rahmen einer „Informed Consent“-Interaktionsgestaltung als zeitgemäße Nutzerinnenorientierung geburtsklinischer Versorgung (ACOG, 2004) geradezu verantwortungslos.

### **6.1.3 Zwischen Verunsicherung und Machtabstärkung**

Die Studienergebnisse stützen die Vorannahme, dass die Interaktionen zwischen Schwangeren und KlinikärztInnen nur einen Teilbereich des Entscheidungsprozesses für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ darstellen. Unter der Fragestellung „Welche Limitierungen erleben die Interviewten in diesen Interaktionsgestaltungen?“ sind Erkenntnisse gewonnen worden, die auf Einflüsse komplexer Wechselwirkungen zwischen strukturell-ökonomischen Rahmenbedingungen und weiteren systembedingten Kontextualitäten hinweisen. Trotz vielfältig wechselseitiger Einflussnahme mehrerer Komponenten auf die klinikärztliche Entscheidung zur Durchführung einer gewünschten Schnittentbindung konnten neben strukturell-ökonomischen Limitierungen noch zwei weitere übergeordnete Themenfelder („(versorgungs-)systemimmanente Kommunikationsdefizite“ und „Informed consent-Insuffizienz“) identifiziert werden, die dazu beitragen, dass sich die klinisch tätigen FrauenärztInnen – in dem hier untersuchten Forschungskontext – zunehmend nur als ausführende DienstleisterInnen erleben. Damit verbunden ist eine klinikärztliche (Selbst-)Wahrnehmung als „Nicht-Aktiv-Han-

delnde“ in dem Geschehen „Wunschkaiserschnitt“. Es zeigt sich, dass diese „(klinik-) ärztliche Identitätskrise“ Auswirkungen auf die Gestaltung von Inhalts- und Beziehungsebene in Interaktionen mit Schwangeren haben kann, die einen entsprechenden Wunsch formulieren.

Zunächst spiegeln die empirischen Ergebnisse den vielfach beklagten Mangel an den Ressourcen Zeit und Personal im klinischen Versorgungsalltag (Pfaff et al., 2010; Hülsmann, 2008; Jonat et al., 2008; Bestmann et al., 2004) wider. Zweifellos wirken sich Zeitdruck und Personalmangel negativ auf klinikärztliche Interaktionsgestaltungen mit NutzerInnen aus (Kuhlmann, 2000) und können zu Defiziten im klinikinternen ärztlichen Austausch (Buxel, 2009) als auch im Kontakt mit niedergelassenen KollegInnen führen. Zugleich weisen die Ergebnisse jedoch darauf hin, dass in den – aufgrund des stetig sinkenden Geburtenniveaus in Deutschland – unter einem besonderen Konkurrenzdruck stehenden Geburtskliniken (Dudenhausen, 2008; Friedrich & Günster, 2006; Dietl, 2001) die klinikärztliche Tätigkeit im Zusammenhang mit dem „Wunschkaiserschnitt“ zunehmend als wirtschaftliche Dienstleistungsfunktion angesehen und eine aktive klinikärztliche Positionierung gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ damit als unvereinbar erlebt wird. Im Vordergrund scheint hierbei der (vermeintlich unvermeidliche) Marketingaspekt durch die „servicefreundliche“ Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ für die jeweiligen Geburtskliniken zu stehen. Entsprechend propagierte „Marketingstrategien für eine Schwangerenakquise mit enormen wirtschaftlichem Potential“ lassen sich beispielsweise in einem der deutschsprachigen geburtsmedizinischen Leitmedien nachlesen (Husslein, 2008; Riegl, 2008). Die hierbei transportierten Bilder von Nutzerinnen der geburtsklinischen Versorgung und die vermittelte Geburtsvorstellung eines „planbaren Life-Style-Events“ (vgl. Kapitel 3.2.2) sind im Bereich „Medikalisierung durch Betriebsmanagement zur maximalen Gewinnoptimierung“ anzusiedeln und haben nichts mit Diskussionen zur Umsetzung von Nutzerinnenorientierung in der Geburtsmedizin zu tun.

Keine bestätigenden Hinweise erbringen die empirischen Ergebnisse zu dem ebenfalls vielfach diskutierten Aspekt finanzieller Besserstellung der Kliniken aufgrund der höheren Vergütung einer Kaiserschnittoperation im Vergleich zu einer Vaginalgeburt (Knape, 2010; Hornemann et al., 2008). Es gilt einerseits zu bedenken, dass die interviewten FrauenärztInnen möglicherweise Aussagen in den Interviews vermeiden wollten, von denen sie denken, dass diese kritisch beurteilt werden könnten (Bogner & Menz, 2005). Andererseits belegen Studien, dass jenseits der Vergütung kürzere und planbarere Personalbindungszeiten bei primären Kaiserschnittoperationen insbesondere für kleine geburtsmedizinische Einheiten – in Abhängigkeit von Personalschlüssel, Infrastruktur und Prozessabläufen – einen wirtschaftlich rentablen Anreiz darstellen (Kolip et al., 2012; Seelbach-Göbel, 2010). Die Datenerhebung erfolgte

aber mit ÄrztInnen, deren Arbeitseinrichtungen nicht diesem Klinikprofil entsprachen. Die Untersuchungsergebnisse lassen somit keine Rückschlüsse über eine tatsächliche betriebswirtschaftliche Einflussnahme auf klinikärztliche Entscheidungen für oder gegen die Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ zu. Es kann aber festgehalten werden, dass allein schon das mit der marktwirtschaftlichen Ausrichtung des Krankenhaussektors verbundene Konkurrenzprinzip und -denken die geburtsklinische Versorgung nachhaltig verändert hat und sich auf klinikärztliche Identität und Handlungsoptionen auswirkt, in dem es eine „wirtschaftlich-orientierte Dienstleistungsmentalität“ befördert.

Zusätzlich trägt offenbar eine als systemabhängig erlebte ärztliche Stellung am Ende einer geburtsmedizinisch-sektoralen Versorgungskette dazu bei, die Wahrnehmung in einer Rolle als ausführende DienstleisterInnen in dem Geschehen „Wunschkaiserschnitt“ zu verstärken. Dabei fällt auf, dass sich die „gefühlte“ klinikärztliche Zuständigkeit auf Schwangerschaft und Geburt beschränkt, die Wochenbettphase erscheint für die Befragten weniger relevant. Im Untersuchungskontext wird die Sectioeinweisungspraxis niedergelassener FrauenärztInnen zum Teil als systemetablierte (Vor-) Machtstellung der entsprechenden KollegInnen empfunden und gleichzeitig mit einer klinikärztlichen Dienstleistungsrolle verbunden, nur noch für die Umsetzung von prästationär erfolgten Entscheidungsprozessen zuständig zu sein. Damit eröffnet sich ein breites Spannungsfeld zwischen niedergelassenen FrauenärztInnen und geburtsmedizinischen KlinikerInnen, welches auch im zweiten Themenfeld „(versorgungs-)systemimmanente Kommunikationsdefizite“ einen breiten Raum einnimmt.

Die empirischen Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine institutionalisierte Kommunikations- und Entscheidungsstruktur in der (geburts-)medizinischen Versorgung einen nicht unmittelbar ersichtlichen, aber dennoch maßgeblichen Einflussfaktor in der klinikärztlichen Entscheidungsfindung für oder gegen die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ darstellt.

Die Schilderungen zur Zusammenarbeit mit niedergelassenen KollegInnen im untersuchten Forschungskontext erstrecken sich zwar über ein breites Spektrum – von erlebter kollegialer Kooperation bis zu erlebter fehlender Bereitschaft für fachlichen Austausch – von großem Interesse ist jedoch, dass ein Kommunikationsdefizit an der Schnittstelle zwischen frauenärztlicher Praxis und Geburtsklinik von den KlinikerInnen als Konkurrenzkampf um ärztliche (Entscheidungs-)Kompetenzzuschreibungen erlebt wird. Demgegenüber ergab eine Interviewstudie mit niedergelassenen FrauenärztInnen, dass die Interviewten stark dazu neigten die Entscheidung zur Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ letztlich an KlinikärztInnen zu delegieren (Schach, 2007). Eine mögliche Erklärung für diese Widersprüchlichkeiten wäre, dass sich ÄrztInnen angesichts eventuell abzuleitender (forensischer) Konsequenzen

davor scheuen, die schlussendliche ärztliche Verantwortung für eine medizinisch nicht notwendige Operation zu übernehmen. Ein „Verschiebbahnhof ärztlicher Verantwortlichkeiten“ scheint sich hier zu offenbaren.

Trotz zunehmender Kritik an traditionell hierarchischen Führungsstrukturen in Krankenhäusern (Dettmer et al., 2010; Buxel, 2009) belegen die empirischen Ergebnisse ferner eine ausgeprägt leitungszentrierte Entscheidungsstruktur in den Geburtskliniken (Kuhlmann & Larsen, 2009), in der sich auch OberärztInnen einer eigenen aktiven Positionierung zu einem „Wunschkaiserschnitt“ enthalten, falls diese konträr zu cheförztlichen Anweisungen steht. Zudem scheint eine hierarchisch strukturierte Organisation eine klinikinterne Kommunikation unter den ärztlichen MitarbeiterInnen zur Folge zu haben, die eine (selbst-)kritische Reflexion ärztlichen Handelns unterbindet und die zunehmend eingeforderte offene Kommunikationskultur über ärztliche Behandlungsfehler (Lauterberg et al., 2008) erschwert.

Es entsteht der Eindruck, dass in der derzeitigen sektoralen geburtsmedizinischen Versorgung ärztlichem Aushandeln von Entscheidungskompetenzverteilung, das vorrangig zur Erstellung und (Ab-)Sicherung von Hierarchien und Machtstrukturen innerhalb dieses Systems zu dienen scheint, zentrale Bedeutung zukommt. Zudem lassen sich in professionsinternen (Kommunikations-)Bereichen Gestaltungselemente wiederfinden, die auch eine wesentliche Funktion bei (bewusst geschaffenen) asymmetrischen Interaktionssituationen zwischen Nutzerinnen und ärztlichen Professionellen einnehmen.

Salopp formuliert – alle wollen gefragt werden und mitreden, die Verantwortung übernehmen will aber keineR. Überdies sehen sich klinisch tätige FrauenärztInnen quasi in einer „Opfer-Dienstleistungsrolle“, sie beschreiben sich in ihrer Entscheidungsfindung für oder gegen die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ als verunsichert bis eingeschränkt und glauben, nicht aktiv eine eigene Position vertreten zu können. Mit Blick auf das dritte übergeordnete Themenfeld kann die sich zuspitzende „Identitätskrise klinisch tätiger FrauenärztInnen“ noch genauer erfasst werden.

Im Zentrum des Themenfeldes „Informed consent-Insuffizienz“ steht das Bild von prästationär gut informierten Nutzerinnen geburtsklinischer Versorgung mit Rechtsanspruch auf einen selbstbestimmten Geburtsmodus. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ebenso wie weiterer Studien belegen, dass in diesem Kontext die Begriffe „Aufklärung“ und „Selbstbestimmung“ (Fenwick et al., 2010; Kukla et al., 2009; Bergeron, 2007; Kuhlmann, 2000) eine zentrale Bedeutung inne haben. Dieser Bereich beinhaltet ein „gewandeltes Rollen- und Rechtsgefüge“, welches als „diskursive Unterfütterung“ – Jäger benutzt in solchen Zusammenhängen den Ausdruck „*diskursiver Knoten*“ (Jäger, 2000, [13]) – bei der klinikärztlichen Wahrnehmung einer „Dienstleistungsrolle“ im „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ dient.

Medizinrechtliche Publikationen in Deutschland betonen im Zusammenhang mit dem Kaiserschnitt auf Wunsch zunehmend den Stellenwert des ärztlichen Aufklärungsgesprächs sowie das Recht auf Selbstbestimmung der Schwangeren (AG MedR DGGG, 2010a; Ulsenheimer, 2000). Dies spiegelt sich deutlich in den Aussagen der Interviewten wider, wenngleich ebenfalls bestätigt wird, dass insbesondere die Angst vor juristischen Sanktionen das klinikärztliche Denken und Handeln bestimmt (Fuglenes et al., 2009; Habiba et al., 2006) und eine geburtsklinische Ausrichtung befördert, die sich an „Risikominimierung von Schwangerschaft und Geburt“ orientiert (Duden, 2010; Schneider, 2003). Antizipierte forensische Konsequenzen stehen wiederum in enger Verbindung zu ärztlicher Verantwortung für negative Folgen des Eingriffs. Die vorliegende Auswertung belegt ebenfalls, dass die zunehmende Fokussierung auf eine (neu definierte) Selbstbestimmung (Helfferich, 2012; Mc Robbie, 2010) von Nutzerinnen für eine geburtsklinische Entbindungsart auch die Möglichkeit bietet, ärztliche Verantwortung abzuschieben (Fenwick et al., 2010; Bryant et al., 2007).

Mit dem (vermeintlich) gesellschaftlichen Konsens von mündigen NutzerInnen des medizinischen Versorgungssystems (Friesacher, 2010; Dieterich, 2006) respektive selbstbestimmten Schwangeren in geburtsklinischer Versorgung (Rose & Schmied-Knittel, 2011; Kukla et al., 2009; Bryant et al., 2007) ist ein Rollenwandel der beteiligten AkteurInnen im Entscheidungsprozess für einen „Wunschkaiserschnitt“ verbunden, der in den empirischen Ergebnissen auch Ausdruck in einer ärztlichen Verunsicherung findet. Einerseits entsteht bei den Befragten der Eindruck, ihre ärztliche Expertise und Positionierung habe nunmehr keine Relevanz für schon im Vorfeld getroffene Entscheidungen; andererseits führt eine zum Teil anklingende kritische Reflexion von „Nutzerinnenautonomie“ auch zur Verunsicherung hinsichtlich ärztlicher Identität und adäquatem ärztlichem Handeln. Dies kann als eine Bestätigung der These von Schmacke angesehen werden, dass *„ein neues Bild des Verhältnisses von Experten zu Laien in der medizinischen Versorgung sich erst in Umrissen abzeichnet“* (Schmacke, 2012, S.62).

Es wird deutlich, wie ausgeprägt der wechselseitige Einfluss von interner ärztlicher Kommunikationskultur sowie vom Diskurs um „selbstbestimmte, eigenverantwortliche Kundinnen geburtsklinischer Versorgung“ auf klinikärztliches Denken und Handeln sein kann und das (Interessen-)Systemgefüge eines wirtschaftlich ausgerichteten Krankenhaussektors – im Sinne von „systemverträglichen Entscheidungen“ – zu stützen vermag. Damit zeigen die empirischen Ergebnisse, dass Interaktionen und Kommunikationsgestaltung zwischen Nutzerinnen und KlinikärztInnen im Hinblick auf die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ mehr Einflussfaktoren unterliegen, als der alleinige Blick auf Handlungen der Mikroebene erkennbar werden lässt. Die vielfältigen, reziproken Beziehungen von Handlungen und Strukturen sind derart

komplex, dass in dieser Dissertationsschrift wiederkehrend der Begriff „Systembedingte Kontextualitäten“ verwendet wird, um gerade durch die „unelegante Sperrigkeit der Formulierung“ darauf zu verweisen, dass es nicht nur einen Kontext, eine Handlungsebene oder eine Wahrheit gibt (Welsch, 2002). In diesem Verständnis kann auch der Ansatz gesehen werden, die historisch-tradierte (frauen-)ärztliche Identität (Kolip, 2000; Seidel, 1998) und Kommunikation – als beständige Re-Konstruktion von systemerhaltenden Abhängigkeiten und Machtpositionen (Bourdieu, 1990) – neu auszuhandeln und neu zu besetzen.

### **6.1.4 Individuelle und konzeptionelle Verschiebung von Verantwortung**

Die klinikärztlichen Umgehensweisen mit Problematiken in Entscheidungsfindungen für oder gegen die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ lassen sich in zwei Kategorien bzw. Lösungsstrategien einteilen („Individuelle Entlastungsstrategien“ und „Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen“). Wenig überraschend wird zudem im Hinblick auf den „Klinikalltäglichen Ressourcenmangel“ der Wunsch nach zusätzlichen Finanzmitteln, um personelle und zeitliche Kapazitäten zu erhöhen, formuliert. Bewusst wurde diese Lösungsoption nicht der zweiten Kategorie zugeordnet, da es dieser an „konzeptioneller Substanz“ fehlt; bei nahezu allen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung wird verbunden mit der Forderung nach zusätzlichen Geldern relativ unkritisch das „Zeitargument“ angeführt. Damit sollen nicht die Auswirkungen eines wirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitssystems (vgl. Kapitel 3.2) in Abrede gestellt werden, angesichts des zuvor dargestellten komplexen Systemgefüges wird eine (ausschließliche) Zeitargumentation den „systembedingten Kontextualitäten“ jedoch nicht gerecht.

Die Kategorie „Individuelle Entlastungsstrategien“ verdeutlicht erneut den zentralen Einfluss, den der Diskurs um „selbstbestimmte, eigenverantwortliche Schwangere“ auf klinikärztliches Denken und Handeln ausübt und wie die diesem Bereich zugeordneten Umgehensweisen („Shift-Decision-Making“, „Wunscherfüllendes Handeln“, „Konnotativer Wandel geburtsmedizinischer Gütekriterien“, vgl. Kapitel 5.5.1) diesen gesellschaftsprägenden Diskurs zugleich weiter befördern. Vorrangig wird mit den „Individuellen Entlastungsstrategien“ versucht die Rolle als „klinisch tätige Dienstleistende für mündige Kundinnen“ und damit zugleich verknüpfte (antizipierte) forensische Konsequenzen zu bewältigen. Auffällig ist, dass sich hierfür in der hierarchischen Klinikstruktur – je nach ärztlichem Status – unterschiedliche Strategien entwickelt haben.

Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass Professionellen von der assistenzärztlichen bis hin zur oberärztlichen Staturebene die chefärztlich-leitungszentrierte Entschei-

dungsstruktur zu nutzen scheinen, um Entscheidungen und Verantwortung an die nächst höhere klinikärztliche Instanz abgeben („Shift-Decision-Making“).

Der Begriff „*Shift-Decision-Making*“ wurde in der Fachliteratur zwar bereits von Eli Ginzberg verwendet, allerdings – eher unsystematisch – im Zusammenhang mit einer Neuausrichtung medizinischer Curricula (Ginzberg, 1990, S.163). Innerhalb des Forschungskontextes „Wunschkaiserschnitt“ soll der Begriff Shift-Decision-Making verdeutlichen, dass Hierarchien und Machtstrukturen im Handlungssystem Geburtsklinik für fachärztliche AkteurInnen auch einen „sekundären Hierarchie-Gewinn“ darstellen können, indem Entscheidungen und Verantwortung (weiter) verschoben werden können. Die Formulierungen „Primärer und sekundärer Hierarchie-Gewinn“ stellen ebenfalls Begriffsinnovationen dar, um das komplexe Systemgefüge verstehbarer darzustellen: Als primärer Hierarchie-Gewinn ist in diesem Kontext zu verstehen, dass bestimmte Aufgaben qua Status nicht von ÄrztInnen erledigt werden können (und müssen), beispielsweise fällt das Stellen operativer Indikationen nicht in den Kompetenzbereich von ÄrztInnen ohne spezifische fachärztliche Qualifikation. Als sekundärer Hierarchie-Gewinn kann das Verschieben von Aufgaben und Entscheidungen an die übergeordnete ärztliche Statusgruppe verstanden werden, obwohl diese grundsätzlich im Tätigkeits- und Kompetenzbereich der jeweiligen ÄrztInnen angesiedelt sind (oder zumindest qua fachärztlichen Status sein können).

Insbesondere FachärztInnen (ÄrztInnen ohne abgeschlossene Weiterbildung können auf den besagten primären Hierarchie-Gewinn verweisen) bedienen sich – neben einer Entscheidungsverschiebung – auch der Lösungsoption „wunscherfüllendes Handeln“, die mit einer grundsätzlichen Bereitschaft zur Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ einhergeht. Handlungsleitend erscheinen hierbei Befürchtungen vor rechtlichen Konsequenzen, die (forensische) Verantwortungsabgabe für Risiken und potentielle Komplikationen erfolgt in diesem Fall an die „mündige“ Schwangere (Fenwick et al., 2010; Bryant et al., 2007). Legitimiert wird diese Entlastungsstrategie mit Verweisen auf das „Kundinnen-DienstleistungserbringerInnen-Konstrukt“ (vgl. Kapitel 5.5.1) und ermöglicht durch den postulierten Spielraum eines „Indikationskontinuums“ (AG MedR DGKG, 2010a).

Anhand dieser Lösungsstrategie wird ersichtlich, dass Begriffe wie „mündige NutzerInnen“ oder „selbstbestimmte Schwangere“ in der medizinischen Versorgung mit unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen verbunden sein können, die je nach (standespolitischer) Interessenlage eine entsprechende Gewichtung erhalten (Helfferich, 2012; Mc Robbie, 2010; Friesacher, 2010; Ernst et al., 2007; Dieterich, 2006).

Bei einer Klinikorganisation mit traditionell-hierarchischer Entscheidungskompetenzverteilung können AkteurInnen auf der chefärztlichen Leitungsebene per definitionem nicht auf „Shift-Decision-Making“ zurückgreifen. Stattdessen kann eine von der Klinikleitung ausgegebene „Handlungsmaxime“, die ein am Kundinnen-Konstrukt orientiertes ärztliches Handeln legitimiert, als eine weitere Variante dieser Lösungsstrategien



angesehen werden. Anknüpfend an den medizinischen Paradigmenwechsel beim geburtsklinischen Umgang mit (Wunsch-)Kaiserschnitten wird ein erneuter (individuell konnotativer) Blickwechsel auf geburtsmedizinische Qualitätskriterien vorgenommen und die poststationäre Zufriedenheit von Nutzerinnen als vorrangiges geburtsmedizinisches Qualitätskriterium postuliert (vgl. Kapitel 5.5.1). Der „Konnotative Wandel geburtsmedizinischer Gütekriterien“ lässt zwar eine inhaltliche Nähe zu den bereits erwähnten Marketingstrategien (Husslein, 2008; Riegl, 2008) erkennen, basiert aber in keiner Weise auf einem evidenzbasierten Medizinverständnis (Robson et al., 2009; Sackett et al., 1996) und erinnert an die vielfältigen mehr oder weniger geschickt verschleierte Medikalisierungsstrategien in der historischen Entwicklung von der Geburtshilfe zur Geburtsmedizin (Schäfer, 2009; Kolip, 2000; Seidel, 1998). Die erste Kategorie von Lösungsstrategien beinhaltet ärztliche Muster zur Bewältigung für Verunsicherungen im Hinblick auf die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“, die in den entsprechenden Interaktionen mit Nutzerinnen erstrangig als individuelle Problematik erlebt werden. Ferner kann die individuelle und / oder klinikbezogene Konstruktion einer Begründung für Durchführungen von „Wunschkaiserschnitten“ qua „Zufriedenheit der Kundinnen der Geburtsklinik“ diesem Bereich zugeordnet werden. Festzustellen bleibt, dass die der Verunsicherung zugrundeliegende „diskursive Unterfütterung“ durch das diesen Lösungsstrategien inhärente ärztliche Handeln weiter gefestigt und etabliert wird.

Die klinikärztlichen Lösungsstrategien – seien sie bereits praktiziert oder erwünscht – der zweiten Ergebnis-Kategorie „Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen“ können als Optionen angesehen werden, die eine (Tendenz zur) Systemperspektive beinhalten. Im Mittelpunkt steht dabei das Bestreben, vorwiegend den Einschränkungen im Rahmen von „Systemimmanenten Kommunikationsdefiziten“ und „Strukturell-ökonomischen Limitierungen“ entgegen zu treten, indem ein lösungsorientierter Einbezug von weiteren – direkt oder indirekt – am Entscheidungsprozess beteiligten AkteurInnen erfolgt oder angestrebt wird (vgl. Kapitel 5.5.2). Die im Rahmen der empirischen Untersuchung erfassten Bestrebungen lassen sich in Form von vier unterschiedlichen Bereichen zusammenfassen.

Aus Sicht der Befragten kann eine verbesserte „Verzahnung der geburtsmedizinischen Versorgungskette“ durch eine engere Vernetzung des ambulanten und des stationären Sektors – auch unter Einbeziehung von Hebammen – Lösungspotential für Problematiken hinsichtlich der defizitären Kommunikationskultur unter den geburtsmedizinischen Professionellen beinhalten. Angesichts vielfacher Hinweise in der einschlägigen Fachliteratur für eine – insbesondere in Deutschland – anhaltende ärztliche Innovationsresistenz gegenüber einer Neuorientierung in der Zusammenarbeit von AkteurInnen der verschiedenen Gesundheitsberufe (Hibbeler, 2011; Höppner & Kuhlmeier, 2009; Schwarz, 2008; SVR, 2007) muss erneut ein „erwünschtes Antwort-

verhalten“ der Interviewten in Betracht gezogen werden (Bogner & Menz, 2005). Zudem beinhalten die Vorstellungen einer besseren Verzahnung die systematische Einbindung von Geburtskliniken in eine frühzeitige und kontinuierliche Schwangerschaftsbetreuung, so dass auch die Intention einer Aufwertung der Geburtskliniken innerhalb der fragmentierten geburtsmedizinischen Versorgungsstruktur nahe liegt. Dennoch wohnt dieser Lösungsstrategie der Gedanke von „kollektiveren“ Versorgungsstrukturen und Interaktionsgestaltungen inne.

Neben einer besser verzahnten, multidisziplinären Betreuung von schwangeren Frauen mit Kaiserschnittwunsch durch die klassischen geburtsmedizinischen Professionen wird von den Interviewten – ebenfalls unter der Vorstellung von kollektiven Versorgungsstrukturen – eine „Interdisziplinäre Kooperation“ mit weiteren Fachdisziplinen, u.a. mit Psychologie oder Sozialarbeit angestrebt. Eine solche Kooperation wird auch als mögliche Lösung von Problematiken im Rahmen defizitärer, klinikinterner Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen verstanden. Die Überlegungen decken sich mit Studienergebnissen, denen zu entnehmen ist, dass kollektivere Entscheidungsstrukturen zu einer verbesserten Versorgung im Sinne einer Vermeidung von Fehl- und Überversorgung führen können. So wurde belegt, dass eine Abkehr von alleiniger Entscheidungskompetenzzuschreibung für die Durchführung von (Wunsch-)Kaiserschnitten qua Stellung in der ärztlichen (Klinik-) Hierarchie durch audit- oder peer-Entscheidungsfindungen und „second-opinion-Entscheidungsmodi“ eine Reduktion der entsprechenden Eingriffe nach sich zieht (Khunpradit et al., 2011; Clark et al., 2008; Chaillet & Dumont, 2007).

Jedoch bleiben mehrere Fragen offen: Wenn sich schon in der derzeitigen geburtsmedizinischen Versorgungsstruktur die professionelle Rollenverteilung als machtsinteressengeleitet zeigt und sich Identitätskonflikte als kaum lösbar darstellen, wie kann dies innerhalb eines ganzen Kollektivs von Professionellen – einschließlich der Berufsgruppen, die im traditionellen Sinne (noch) nicht in geburtsmedizinischen Versorgungsstrukturen mitgedacht werden – bewerkstelligt werden? Wie gestaltet sich die Verantwortungsübernahme für die beteiligten Professionellen? Und nicht zuletzt – das primäre Anliegen ist ja nicht *„gestörte interprofessionelle Beziehungen zu sanieren“* (Hildebrand, 2008, S.103), sondern die Frage, wie sich die bestmögliche Begleitung und Unterstützung schwangerer Frauen gestalten lässt. Eine Voraussetzung für die Gestaltung einer empathischen Beziehungsebene als Basis für einen wechselseitigen, ergebnisoffenen Austausch zwischen den beteiligten AkteurInnen im Hinblick auf die mögliche Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ (Christilaw, 2006; Goldberg, 2003) stellt die Kontinuität der Schwangerenbetreuung durch eine zentrale Bezugsperson mit entsprechenden sozialen und medizinischen Kompetenzen dar: *„Das ist zwar nicht hebammenspezifisch, aber hebammentypisch“* (Schwarz, 2008, S.84).

Überschrieben mit der Idee einer „Herstellung von Transparenz“ enthalten die empirischen Ergebnisse einen Bereich von Lösungsansätzen, die mit der Gestaltung von anschaulichen und kollektiv geprägten Interaktionen (Kreißsaalführungen, Vertretung von Schwangerengruppen zum Erfahrungsaustausch an Geburtskliniken) einhergehen. Angestrebt wird, Limitierungen in der direkten Kommunikation zwischen KlinikärztInnen und Nutzerinnen entgegenzutreten. Wiederum wird mit der Etablierung von kollektiven Strukturen ein Verbesserungspotential in der geburtsmedizinischen Versorgung verbunden. Die empirischen Ergebnisse lassen die Vermutung zu, dass im Rahmen eines Austausches zwischen Professionellen und einem Schwangerenkollektiv andere inhaltliche Impulse befördert werden können als in Einzelkontakten. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass Schwangere in diesen Situationen keine expliziten, auf das Individuum bezogene ärztliche Aussagen erwarten, z.B. keine klinikärztliche Einwilligung in einen „Wunschkaiserschnitt“ erwirken wollen oder müssen. Weiterhin vorstellbar ist, dass KlinikärztInnen derartige Gruppenkontakte nicht im Sinne von Interaktionen erleben, in denen von ihnen definitive Entscheidungen und konkrete Verantwortungsübernahme verlangt werden. Solche Kontakte könnten eine Möglichkeit für eine andere Kommunikationskultur in der geburtsmedizinischen Versorgung bieten und ein unterstützendes Element im Entscheidungsprozess aller AkteurInnen für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ darstellen.

Gleichwohl beinhaltet der Begriff Transparenz professionelle Verantwortung im Sinne von Offenheit und Anschaulichkeit. Eine gelungene Erweiterung dieses Ansatzes würde folglich bedeuten, bei den Veranstaltungen auch einen Schwerpunkt auf die offene und klare Darlegung von geburtsklinischen Abläufen, Prozessen, Strukturen und Entscheidungen sowie auf eine mangelnde Evidenzbasierung des geburtsmedizinischen Paradigmenwechsels zu legen.

Klar abzugrenzen von einer konzeptionellen Ausrichtung kollektiver face-to-face-Kommunikationsstrukturen sind (ähnlich erscheinende) Darbietungen von Geburtskliniken, die in erster Linie als Marketinginstrument fungieren und als Werbeveranstaltung genutzt werden, um potentielle Kundinnen an die jeweilige Geburtsklinik zu binden (Arnold, 2008; Franke, 2007).

Überlegungen der InterviewpartnerInnen, die einem vierten Bereich – „Öffentlicher Diskurs“ – zugeordnet werden, zielen indes verstärkt auf eine Einbeziehung von AkteurInnen, die nicht direkt an Entscheidungen zur Durchführung von „Wunschkaiserschnitt“-Operationen beteiligt sind. Neben Forderungen an gesundheitspolitisch Verantwortliche, eine eindeutige Position zur Kostenregelung für „Wunschkaiserschnitte“ zu beziehen oder grundsätzlich die Vergütung von Geburten zu reformieren, weisen die empirischen Ergebnisse auf ein ärztliches Interesse an einer in der Öffentlichkeit geführten Diskussion hin. Im Rahmen einer solchen Diskussion solle – im Zusammen-

hang mit dem Thema „Wunschkaiserschnitt“ – die zunehmende Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt zur Sprache kommen (vgl. Kapitel 5.5.2).

Die – schon visionär anmutende – Überlegung einer Lösungsfindung für die dargelegten Problematiken unter gesamtgesellschaftlicher Einbeziehung würde zudem die Möglichkeit bieten, den als konsensfähig deklarierten kundinnenorientierten Rollenwandel und den sich abzeichnenden Blickwechsel auf geburtsmedizinische Gütekriterien in einem Prozess von öffentlicher Meinungsbildung zu überprüfen und gegebenenfalls neu auszuhandeln. Dies deckt sich mit Erkenntnissen der Versorgungsforschung aus nicht geburtsmedizinischen Fachgebieten, wie eine Studie zum hausärztlichen Umgang mit Leitlinien zum kardiovaskulären Gesamtrisiko belegt (Stamer, 2011). Stamer gelangt zu der Schlussfolgerung, dass eine Aushandlung von Rollen und Aufgaben in partizipativen Entscheidungsprozessen im Rahmen von individuellen Begegnungen von Professionellen und NutzerInnen in ärztlichen Sprechzimmern eine Überforderung darstellt und es einer breiten gesellschaftspolitischen Diskussion über Gestaltungsgrundlagen medizinischer Versorgung bedarf.

Bezogen auf die vorliegenden empirischen Ergebnisse bleibt jedoch unklar, welche AkteurInnen von den Interviewten in der Verantwortung gesehen werden, einen derartig gesellschaftlichen Aushandlungsprozess in Gang zu setzen. Auffällig ist gleichwohl, dass alle der Kategorie „Konzeptionelle Lösungsansätze und Visionen“ zugehörigen Bereiche kollektive Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen als Gestaltungselement für eine verbesserte Versorgung beinhalten. Dies sollte als ein grundsätzlich konzeptioneller Ansatz weiter verfolgt werden; Rose und Schmied-Knittel erkennen dabei aus einer soziologischen Perspektive auch das Potential, die *„Wandlungsprozesse moderner Gesellschaften (...) [durch] Konzepte der Individualisierung“* (Rose & Schmied-Knittel, 2011, S.90) kritisch zu reflektieren. Dabei gilt es jedoch nicht aus dem Blick zu verlieren, dass (große) professionelle Kollektivstrukturen auch das Risiko für (weitere) Verschiebungen von professionellen Verantwortlichkeiten eröffnen. Im vorliegenden Forschungskontext gilt es zudem zu berücksichtigen, dass eine stärkere Einbindung von geburtsklinischen Versorgungsstrukturen in die (Entscheidungs-)Begleitung von schwangeren Frauen die Gefahr weiterer Klinifizierung respektive Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt in sich bergen kann.

### 6.1.5 „Doing De-Gender“?

In Anbetracht ärztlicher Identitätskonflikte bei den vielfältig zu bedenkenden – und den vielfach (vermutlich) als fremdgesteuert erlebten – Anforderungen für Interaktionsgestaltungen mit NutzerInnen (Schmacke, 2012) und angesichts der vorliegenden empirischen Belege für klinikärztliche Verunsicherungen in einem sich wandelnden Rollengefüge bei Prozessen der Entscheidungsfindung für oder gegen die

Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ (vgl. Kapitel 5.4.3) kristallisiert sich in diesem Forschungskontext zunehmend die Bedeutung eines (frauen-)ärztlichen Selbstverständnisses heraus. Anknüpfend an zahlreiche Publikationen, die im Zusammenhang von medizinischen Wissensbeständen, ärztlichem Denken, Sprechen und Handeln bei medizinischen Entscheidungen auch auf die Relevanz von Genderaspekten hinweisen (Stamer, 2011; Adams et al., 2008; Lagro-Janssen, 2008; Arouni & Rich, 2003; Derose et al., 2001; van Elderen et al., 1998; Hall & Roter, 1998) lag der (Auswertungs-)Schritt nahe, durch (besondere) Beachtung sozialer Geschlechterrollen (weitere) Rückschlüsse zu klinikärztlichem Selbstverständnis und frauenärztlichen Identitäten im Kontext „Wunschkaiserschnitt“ zu gewinnen.

Im Rahmen der Aussagen zu konzeptionellen Lösungsansätzen zeigten sich bereits erste Hinweise für genderspezifische Unterschiede; bei den interviewten Frauenärztinnen ließ sich eine stärkere Tendenz als bei ihren Kollegen erkennen, reflexive Prozesse für zu entwickelnde Entmedikalisierungsstrategien innerhalb der eigenen Profession einzufordern (vgl. Kapitel 5.5.2). Bei einer abschließenden Betrachtung des empirischen Materials im Hinblick auf eine grundsätzliche Positionierung der InterviewpartnerInnen als ärztliche Professionelle zur Entbindungsart „Wunschkaiserschnitt“ erfolgte die Bildung von drei Kategorien (PRO-, A- und ANTI-Position). Diese lassen sich auf einem „Positionierungskontinuum“ verorten (vgl. Abb. 4). Eine PRO-Position zeichnet sich durch eine starke Tendenz, der Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ zuzustimmen, aus und wird sowohl von Frauenärztinnen als auch von Frauenärzten eingenommen. Ambivalenzen, die ein eindeutiges Positionieren erschweren (A-Position), lassen sich nur bei Interviewpartnerinnen erkennen; ebenso vertreten nur Ärztinnen eine ANTI-Position mit einer ausgeprägten Tendenz zur Ablehnung eines „Wunschkaiserschnitts“. Dieses Ergebnis legt nahe, dass soziale Geschlechterrollen eine Determinante im Positionierungsverhalten von FrauenärztInnen zum „Wunschkaiserschnitt“ darstellen können („Doing (Dis-)Position“). (Qualitativ) Gestützt werden diese Hinweise durch Einbezug von Äußerungen der Interviewten zu ihren Beweggründen bei der Berufswahl und Schilderungen zum eigenen Gefühls(er)leben in Interaktionen mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnittentbindung formulieren.

In diesem Vorgehen findet die methodische Re-Formulierung des ExpertInnen-Begriffs von Meuser und Nagel (2009) Ausdruck. Dem reformulierten Begriff liegt die Auffassung zugrunde, dass sich Denken und Handeln von ExpertInnen nicht allein auf die jeweilige Fachexpertise gründet, sondern dass es eine Verwobenheit fachlicher Deutungen und damit auch Werte gibt mit jenen, die originär im Bereich des Privaten angesiedelt sind. Auch nach Bogner und Menz sind subjektive Sichtweisen und Sinnentwürfe als wesentliche Determinanten für ärztliches Handeln zu verstehen. Sie basieren – neben fachlicher Expertise – auch auf den Wertebezügen der

„Privatpersonen“ (Bogner & Menz, 2005). Somit kann der Einbezug entsprechender Themenfelder zu einem besseren Verständnis für die (individuelle) Ausbildung einer ärztlichen Positionierung innerhalb des „Geschehens Wunschkaiserschnitt“ beitragen, zumal in der Fachliteratur auf die Bedeutung von affektiven ärztlichen Erfahrungswirklichkeiten in Interaktionen, in denen ein Wunsch nach Kaiserschnitt an ÄrztInnen herangetragen wird, hingewiesen wird (Grant, 2005; Rott et al., 2000).

Es lassen sich verschiedene Leitmotive für die Berufswahl Frauenheilkunde anhand des Interviewmaterials bestimmen. „Abwechslungsreiches, handwerkliches Fachgebiet“ und „Geburt als positiver Kontrast zu Pathologie“ werden sowohl von Ärztinnen als auch von Ärzten genannt. Einerseits wird Frauenheilkunde von den Interviewten als vielschichtiges, konservativ und operativ ausgerichtetes Fachgebiet betrachtet und offenbar mit einer Vorstellung verbunden, diese divergenten medizinischen Ansätze problemlos in einem alltäglichen (klinik-)ärztlichen Handeln verknüpfen zu können (vgl. Kapitel 5.6. 1). Andererseits fällt auf, dass der Verweis auf den Kontrast „natürliche Geburt“ und „Pathologische Bereiche“ im Widerspruch zu Statistiken der am häufigsten abgerechneten frauenheilkundlichen DRG-Fallpauschalen (Destatis, 2008b) und damit verbundener „Up-Coding“-Strategien (Heller & Schmidt, 2006; Friedrich & Günster, 2006) steht (vgl. Kapitel 3.2.2). Denkbar ist, dass von diesen ursprünglichen Vorstellungen frauenärztlicher Tätigkeit im Rahmen der klinischen Versorgung sukzessive Abstriche gemacht werden (müssen). Hierzu müssten weitere qualitative Studien erfolgen.

Die empirischen Ergebnisse verweisen auf weitere Berufswahlmotive, einerseits auf einen Entscheidungspragmatismus mit Fokus auf beruflicher Karrieregestaltung, der vorrangig als „männlich geprägter“ Aspekt im Auswahlprozess gedeutet werden kann. Andererseits scheint eine biographische Einbettung der Beweggründe stärker mit weiblicher Sozialisation verbunden zu sein; hier lässt sich eine Parallele zu Studienergebnissen zur Berufswahl von Hebammen feststellen (Nadig, 2011).

In Schilderungen zum eigenen Gefühls(er)leben in Interaktionen mit Schwangeren mit Wunsch nach Sectio beschreiben sowohl Frauenärztinnen als auch Frauenärzte Resignation. Interviewpartner neigen allerdings zur Relativierung durch Verweise auf pragmatisch notwendiges Handeln innerhalb gegebener Rahmenbedingungen der geburtsklinischen Versorgung. Demgegenüber schildern Interviewpartnerinnen zusätzlich ein breites Spektrum weiterer Gefühlsqualitäten, auch Ärger, Wut, Schuldgefühle und Ängste stellen bei den Ärztinnen einen emotionalen Hintergrund im Entscheidungsprozess für oder gegen einen „Wunschkaiserschnitt“ dar und werden mit einem konflikthaften Erleben von frauenärztlicher Identität in Verbindung gebracht (vgl. Kapitel 5.6.2).

Die Schlussfolgerung, Frauenärzte würden in diesen Interaktionen emotional (ausschließlich) einen „Resignierten Realismus“ aufweisen, ist selbstverständlich nicht

zulässig. Unter Bezugnahme auf die Ausführungen von Abels und Behrens (2009) zu Genderaspekten in ExpertInneninterviews ist beispielsweise denkbar, dass die soziale männliche Rolle der interviewten Ärzte – insbesondere in Kombination mit dem „Expertenstatus“ – als wenig vereinbar mit Gefühlsäußerungen angesehen wird (vgl. Kapitel 4.2.4). Gleichwohl liegt es nahe, ein unterschiedliches Erleben von sozialen Wirklichkeiten im „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ in Verbindung mit „weiblich biographisch eingebetteten“ und „männlich pragmatisch ausgerichteten“ beruflichen Identitäten zu betrachten und die sich darstellenden geschlechterspezifischen Differenzen bei der grundsätzlichen Positionierung der Interviewten (vgl. Kapitel 5.6.3) auch als Resultat von genderspezifischen Einflussfaktoren in Betracht zu ziehen.

Die so genannte „PRO-Position“ (Pragmatical, Risk-covered Obstetricians) bezeichnet einen Standpunkt, der sich durch handlungsleitenden Pragmatismus sowie durch (vermeintliche) forensische Absicherung auszeichnet und dem anhand des empirischen Materials sowohl Frauenärztinnen als auch Frauenärzte zugeordnet werden können. Es fällt auf, dass im Rahmen gängiger Begründungsmuster insbesondere männliche Professionelle explizit auf das Selbstbestimmungsrecht von Nutzerinnen hinweisen. Diese Position gestaltet sich widersprüchlich zu den geschilderten Fallbeispielen der Kategorie „Gestaltung qua paternalistischer Autorität“ (vgl. Kapitel 5.3.1). Insofern könnten diese Fallbeispiele erneut auf ein „erwünschtes Antwortverhalten“ – im Sinne einer zurückhaltenden Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ – der Interviewten zurückgeführt werden (Bogner & Menz, 2005). Der Widerspruch verweist aber auch darauf, dass die Befragten möglicherweise keine in sich kongruente Position vertreten, sondern vielmehr Handlungswege suchen zwischen traditionellem Paternalismus und postmoderner Partizipation im Kontext von Interaktionen zwischen ÄrztInnen und Nutzerinnen. Es bleibt darauf hinzuweisen, dass die „PRO-Position“ internationale Studienergebnisse, die eine breite, grundsätzliche ärztliche Bereitschaft zur Durchführung dieser operativen Entbindungsart belegen, bestätigt (Habiba et al., 2006; Wax et al., 2005; Kwee et al., 2004; Gonen et al., 2002).

Der Bildung der zweiten Kategorie, der so genannten „A-Position“ (Ambivalence or Acquiescence), liegen ausschließlich Äußerungen von Interviewpartnerinnen zugrunde, in denen Schwierigkeiten beim Beziehen eines Standpunktes in Verbindung mit einem konflikthaften Erleben von frauenärztlicher Identität benannt werden und die letztlich eine „Art der Positionslosigkeit“ beschreiben. Zugleich wird hierbei deutlich, dass aufgrund einer – „unteilbar[en]“ (Schmacke, 2012, S.63) – (fach-)ärztlichen Verantwortung ein „Nicht-Positionieren“ in diesem Kontext unmöglich ist. Selbst aus medizinrechtlicher Perspektive betont Ulsenheimer, dass ÄrztInnen *„nicht lediglich die gewünschte Sectio vollziehen [sollen], sondern auch ärztliches Handeln verantworten [müssen]“* (Ulsenheimer, 2000, S.886).

Die dritte Kategorie, die so genannte „ANTI-Position“ (Affinity to Necessary Tocological Interventions), die mit einer grundsätzlichen Ablehnung von unnötigen Kaiserschnittoperationen einhergeht, basiert ebenfalls ausschließlich auf Interviewsequenzen mit Frauenärztinnen. Als zentral handlungsleitendes Motiv – jenseits fachlicher Begründungen – stellt sich eine, für berufliche Identität als notwendig erlebte, Kongruenz zwischen frauenärztlichem Denken und Handeln dar.

Diese qualitativen Ergebnisse können zu einem besseren Verständnis von quantitativen Studienergebnisse beitragen, die eine größere Zurückhaltung bei Ärztinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen in der Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ belegt haben (Bettes et al., 2007, Scott et al., 2005, Lavender et al., 2005, Ghetti et al., 2004, vgl. Kapitel 3.3.3).

Die in der einschlägigen Fachliteratur angeführten quantitativen Studien basieren auf „*reine[m] Sex counting*“ (Stiegler, 2003, S.6), dem vorliegenden qualitativen Forschungsvorhaben ist die Absicht inhärent, einen Erkenntnisgewinn hinsichtlich genderspezifischer Differenzen in Interaktionsgestaltung und Versorgungspraxis von FrauenärztInnen beizusteuern. Anknüpfend an ein Verständnis von Genderanalyse, das nicht nur nach Unterschieden zwischen einer Gruppe von Frauen und Männern fragt, sondern insbesondere den Blick darauf richtet, wie – und mit welchen Intentionen – diese Differenzen hergestellt werden (Stiegler, 2003; vgl. Kapitel 3.3.3), kann in diesem Forschungskontext gefolgert werden, dass ein stärker von intrinsischen Motiven geprägtes weibliches Rollenverhalten eine „als kongruent erlebte, authentische Position“ befördert und damit offenbar auch stärker zur Ablehnung einer Durchführung von Wunschkaiserschnittoperationen führen kann. Demgegenüber scheint sich aus einem eher mit extrinsischen Motiven verbundenen männlichen Rollenverhalten ein systemimmanent-pragmatisch ausgerichtetes frauenärztliches Denken und Handeln ableiten lassen, welches zugleich mit weniger Konfliktpotential innerhalb des komplexen (Macht-)Systemgefüges geburtsmedizinischer Versorgungsstrukturen einhergeht. Zugleich könnte gemutmaßt werden, dass ein klassisches weibliches Rollenverhalten – angesichts der wirkmächtigen hierarchischen Strukturen des derzeitigen geburtsmedizinischen Versorgungssystems – mit dem Versuch der „Nicht-Positionierung“ interpersonale Konflikte zu vermeiden sucht, und sich stattdessen intrapersonale Konflikte manifestieren.

Generell gilt es allerdings zu bedenken, dass ärztliche Statusdifferenzen in der Geburtsklinik ebenfalls zu Unterschieden in der grundsätzlichen Positionierung zur Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ beitragen können. Die unausgewogene Geschlechterverteilung der Interviewten im Hinblick auf deren Stellungen in der Klinikhierarchie – insbesondere konnte kein Assistenzarzt für das Sample gewonnen werden – stellt eine Limitierung der Studie dar. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.



Davon ausgehend, dass genderspezifische Mechanismen kulturell festgelegte Normen für Menschen eines biologischen Geschlechts manifestieren und eben nicht biologistisch determiniert sind, beinhaltet Genderanalyse ein Veränderungspotential. Somit eröffnet dieser, einer genderanalytischen Betrachtung innewohnende veränderte Blickwinkel – im Vergleich zum „*Sex counting*“ (Stiegler, 2003, S.6) – auch in diesem Forschungskontext erweiterte (Versorgungs-)Perspektiven:

Zunächst ermöglicht eine genderanalytische Betrachtung eine andere Sicht auf die ärztliche Professionsentwicklung, die als „*The Feminization of Medicine*“ (Paik, 2000, S.666) bezeichnet wird. Unter Verweis auf den zunehmenden Anteil von Frauen in der ärztlichen Profession wird immer noch eine Deprofessionalisierung des ärztlichen Berufes heraufbeschworen (Martin, 2012; Retzlaff, 2010). Die in diesem Kontext zugrundegelegten – biologistischen – Argumentationen sind zwar vielfach als unhaltbar und machtsinteressengeleitet entlarvt worden (Bühren & Eckert, 2011; Stamer, 2010; Dettmer, 2010; Brinkschulte, 2006), dennoch können sie als anhaltendes (Macht-)Bestreben „Ewig-Rückwärtsgewandter“ gedeutet werden und weiterhin Einfluss auf die Entwicklung und Ausbildung von ärztlichen Identitäten nehmen: „(...) *even if women enter a profession in increasing numbers, its values and organization of work will remain male-gendered, because men control the knowledge and power of the profession*“ (Riska, 2008, S.6). Gleichwohl belegen Studien, dass wachsende gesellschaftliche Auseinandersetzungen mit kulturellen Normen zu veränderten Lebensentwürfen beider Geschlechter beitragen und dies neben dem Wandel der Geschlechterverhältnisse in der (krankenhaus-)ärztlichen Profession auch zu struktureller und inhaltlicher Umgestaltung klinischer Arbeitsbedingungen und Weiterbildungsmöglichkeiten führen muss (Dettmer et al., 2010; Buxel, 2009).

Zentral für weitere strukturell-inhaltliche Veränderungen ist im Analysekontext von Genderunterschieden im ärztlichen Denken und Handeln die Bedeutung von „De-Gendern“: „*The challenge is to utilize fully the potential of different styles of [doctoring] practice, but to degender them, to meet the demands for new skills in medicine*“ (Riska, 2008, S.15); das heißt, es gilt sich von einer Vorstellung zu lösen, dass Genderanalytik zu Zuschreibungen im Sinne „welches biologische Geschlecht ist besser für eine frauenärztliche Tätigkeit prädestiniert“ führt. Eine gendersensible Analyse soll dazu beitragen biologistische Rollenzuschreibungen aufzulösen und nicht diese weiter zu etablieren, dabei aber zugleich nicht außer Acht zu lassen, dass Rollenzuschreibungen existieren und folglich auch eine Wirkkraft haben.

In Anbetracht der empirischen Ergebnisse kann dies beispielsweise bedeuten, dass ein Reflektieren von biographisch und pragmatisch geleiteten Anteilen eines beruflichen Selbstverständnisses in eine Diskussion um handlungsleitende und positionsbestimmende (frauen-)ärztliche Verantwortung im „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ (und wünschenswerterweise auch darüber hinaus) mündet, die das ganze Span-

nungsfeld von professionell-empathischer bis professionell-distanzierter ärztlicher Verantwortung beleuchtet. Aus den daraus zu ziehenden (Handlungs-)Konsequenzen könnten sowohl Frauenärztinnen als auch Frauenärzte – und nicht zuletzt Nutzerinnen geburtsmedizinischer Versorgung – profitieren.

### **6.2 Schlussfolgerungen für eine frauengerechte geburtshilfliche Versorgung**

In der bisherigen Erörterung der zentralen empirischen Ergebnisse sind erste Antworten auf die bei der abschließenden Betrachtung des Forschungsstandes aufgeworfenen Fragen (vgl. Kapitel 3.3.4) gegeben worden. Im Hinblick auf nicht mittelbar ersichtliche Entscheidungskontextualitäten, die Interaktionsgestaltungen zwischen klinisch tätigen ÄrztInnen und Nutzerinnen mit Wunsch nach Entbindung per Kaiserschnitt bestimmen (Gamble et al., 2007; McCourt et al., 2007), konnte ein komplexes Systemgefüge mit vielfältigen Wechselwirkungen skizziert werden. Auf der Suche nach weiteren Erkenntnissen über genderspezifische frauenärztliche Einstellungen und Positionierungen im Bezug auf die geburtsklinische Versorgung mit einem „Wunschkaiserschnitt“ (Christen et al., 2008; Schach, 2007) ist Hinweisen nachgegangen worden, die nicht zuletzt Perspektiven für weitere Forschungsprojekte eröffnen. Die Frage nach prozesshaften Abläufen im Zusammenspiel von „Systembedingten Kontextualitäten“ und entsprechend „Diskursiven Unterfütterungen“ in der hierarchisch strukturierten geburtsmedizinischen Versorgung, in deren Folge eine beständige Produktion und Etablierung zeitgenössischer Medikalisierungsstrategien steht (Bryant et al., 2007), konnte nur in einigen blitzlichtartigen Sequenzen beleuchtet werden. Diese Frage ist selbstverständlich weiter von großer Relevanz, sicher konnte jedoch in dem Forschungskontext „Wunschkaiserschnitt“ das „geburtsmedizinische Mantra mehr Gesundheit durch mehr Kaiserschnitte“ als ein entscheidendes Moment der Beförderung von Medikalisierung identifiziert werden.

Zugleich unterstreichen die gewonnenen Erkenntnisse die These, dass *„neue Formen der Medikalisierung durch komplexe Dynamiken gestützt werden, in denen die Medizin nicht unbedingt die Hauptrolle spielen muss“* (Kuhlmann, 2010, S.251) und die Analyse des vorliegenden Forschungsgegenstandes sozialpolitische Faktoren und Diskurse einschließen muss. Hierzu liefert diese Forschungsarbeit einige Ansatzpunkte; zu bedenken bleibt allerdings, dass der Studienschwerpunkt auf der klinikärztlichen Eigen- oder Selbstwahrnehmung liegt und die Sichtweisen weiterer beteiligter AkteurInnen (schwängere Nutzerinnen, Hebammen, u.v.a.m) diesbezüglich fraglos von enormer Bedeutung sind, sich aber – wenn überhaupt – nur rudimentär in den gewonnenen Erkenntnissen wiederfinden können.

In Anbetracht dieser ersten Antworten und davon ausgehend, dass ärztliches Denken und Handeln in engem Zusammenhang mit strukturellen Gegebenheiten zu sehen ist, kristallisieren sich zwei große Themenfelder heraus, anhand derer nun im zweiten Kapitelabschnitt Überlegungen und Schlussfolgerungen für eine frauengerechte<sup>200</sup> Verbesserung der geburtsmedizinischen Versorgungspraxis dargelegt werden. Als ein großes Handlungsfeld erweisen sich geburtsmedizinische Entscheidungs- und Versorgungsstrukturen mit Fragmentierungsproblematiken, interdisziplinären Defiziten und mangelnder professioneller Kooperation. Die diesem Handlungsfeld auch zugrundeliegenden Unzulänglichkeiten ärztlicher Kommunikationskultur spannen den Bogen zum zweiten großen Thema, dem ärztlichen Selbstverständnis. Den empirischen Ergebnissen folgend kann dieser Bereich als Spannungsfeld zwischen ärztlichem Dominanzgebaren und professioneller Verunsicherung charakterisiert werden, das vorrangig auf einem evidenzdefizitären geburtsmedizinischen Paradigmenwechsel und einem nicht unproblematisch erscheinenden Rollenwandel im Gesundheitswesen basiert. Dieser erweckt den Eindruck mit scheinbar klar definierten Aufgabenzuschreibungen im Rahmen eines vermeintlich entwickelten gesellschaftlichen Konsenses über neu verteilte Eigenverantwortlichkeiten einherzugehen. Das Spektrum der abgesteckten Inhalte der beiden Themenfelder impliziert zunächst eine ebenso breite wie banale Gesellschaftskritik und mit Sicherheit ist das Handeln einzelner (Gruppen von) AkteurInnen auch immer als Re-Actio in dem schon mehrfach erwähnten komplexen Systemgefüge anzusehen (Friesacher, 2010; Kuhlmann, 2010); dennoch lassen sich akteurInnenzentriert (professionelle!) Verantwortlichkeiten (Schmacke, 2012; Kukla et al., 2009; Beauchamp & Childress, 2009; Souchon & Heberhold, 2008; Bryant et al., 2007) und entsprechende (Heraus-)Forderungen benennen.

### **6.2.1 (Heraus-)Forderungen an Verantwortliche der universitär-ärztlichen Ausbildung**

Das (akademische) Bonding der (geburts-)medizinische Profession erfolgt durch die Alma mater – oder anders ausgedrückt: Die ärztliche Professionskultur wird maßgeblich durch die universitäre Ausbildung geprägt (Dettmer et al., 1999). Wenngleich das Reproduzieren (vermeintlich) objektiver Daten und Fakten den weitaus größten

---

<sup>200</sup> Ganz bewusst wird in diesem Zusammenhang die Formulierung „frauengerecht“ – in Abgrenzung zum Begriff „Nutzerinnenorientierung“ – verwendet, da eine diskursiv geprägte Eigendynamik und neo-liberal-orientierte Instrumentalisierung von Begrifflichkeiten (Schmacke, 2012; Mc Robbie, 2010) gerade im Kontext von Schwangerschaft und Geburt (Helfferich, 2012; Bryant et al., 2007) nicht zu unterschätzen sind. Überdies erscheint es im Kontext von Schwangerschaft und Geburt mehr als geboten auf eine dringend notwendige Frauenzentriertheit zu verweisen (Christilaw, 2006; Goldberg, 2003). *„Nicht zuletzt geht es auch darum, eine der zentralen Erkenntnisse der Frauengesundheitsbewegung wieder in Erinnerung zu rufen: dass nämlich eine frauengerechte Gesundheitsversorgung nicht allein medizinisch zu erreichen ist und vielmehr grundlegende Veränderungen im Versorgungssystem erfordert!“* (Kuhlmann, 2012, S.6).

Teil des Medizinstudiums einzunehmen scheint, wird mit der institutionellen Art und Weise der Weitergabe von medizinischen Wissensbeständen überdies das normative Fundament für eine kollektive (Standes-)Einstellung und soziale (Macht-)Stellung der ärztlichen Profession gelegt (Jäger, 2000; Bourdieu, 1990). Die androzentristischen Auswirkungen von universitär geregelter struktureller und inhaltlicher Prägung der (frauen-)ärztlichen Profession sind unübersehbar (Kuhlmann & Larsen, 2009; Riska, 2008; vgl. Kapitel 3.1.1). Zwar bricht am Anfang des 21. Jahrhunderts mit einem stark wachsenden Anteil an Frauen die über Jahrhunderte etablierte männliche Monokultur in der (frauen-)ärztlichen Profession auf; die auf Medikalisierung von Frauengesundheit abzielenden Denk- und Deutungsmuster und die tradierten (Geschlechter-)Rollenzuschreibungen zeigen sich aber auch in den empirischen Ergebnissen als weiterhin stark verwurzelt, wie dies beispielsweise durch den wiederholt angeführten Stereotyp „akademisch vorgebildete Karrierefrauen“ (vgl. Kapitel 5.2.2; I11, OÄ und I18, CA) ersichtlich wird. Vor diesem Hintergrund und im Anschluss an die theoretische Prämisse – *„Handelnde Subjekte sind weniger Träger von Deutungsmustern, sondern deren Erzeuger, Gestalter und Verwender“* (Lüders & Meuser, 1997, S.63) – werden Schlussfolgerungen im Hinblick auf eine Neuausrichtung der universitären ärztlichen Ausbildung gezogen. Gemäß dem Forschungskontext erfolgt eine Entfaltung der Überlegungen für Verbesserungen im geburtsmedizinischen Versorgungssystem anhand des geburtsmedizinischen Paradigmenwechsels und des Diskurses „Selbstbestimmte Geburt per Kaiserschnitt auf Wunsch durch informierte Kundinnen“.

In Deutschland ist es derzeit immer noch möglich die ärztliche Approbation zu erhalten und eine fachärztliche Gebietsbezeichnung zu erwerben, ohne Kenntnisse über Grundbegriffe und Methoden evidenzbasierter Medizin (EbM) nachweisen zu müssen (Timmer, 2012). Trotz Verortung von EbM auf gesundheitspolitischer Entscheidungsebene und Veröffentlichungen zu didaktischen und methodischen Umsetzungen für EbM-Curricula fehlt in Deutschland eine flächendeckende, systematische Vermittlung von EbM im Medizinstudium (Lühmann, 2012; Meyer, 2012). Angesichts der mangelnden Verankerung des Erlernens von systematischer Bewertung wissenschaftlicher Literatur in der ärztlichen Ausbildung scheint ein erneuter kritischer Blick auf die ärztliche Selbstkompetenzzuschreibung für medizinische Entscheidungen – einschließlich ärztlicher Verweise auf ein von NutzerInnen (vermeintlich) niemals erreichbares medizinisches Fachwissen (Dieterich, 2006) – geboten. In Anbetracht der kurzen Halbwertszeit von (zum Teil methodisch zu hinterfragenden) Studienergebnissen (nicht nur) in dem vorliegenden Forschungskontext ist nicht allein die Frage nach der bestmöglichen Gestaltung der Inhaltsebene zu aktuellen geburtsmedizinischen Evidenzen von wesentlicher Bedeutung; vielmehr wird im Umgang *„mit den inflationär sich vermehrenden Publikationsdaten“* (Schmacke, 2012, S.61) die Notwendigkeit (und eine diesbezügliche Einsicht) für die Erstellung von „Decision Aids“ (auch) für Geburts-

medizinInnen offenbar. Durch Verankerung curricularer Lehrveranstaltungen in den klinischen Studienfächern – im Gegensatz zu vereinzelt Modulen in den so genannten Querschnittsbereichen Biometrie und Epidemiologie – könnte Studierenden die Bedeutung von EbM für die klinische Praxis näher gebracht werden (Lühmann, 2012).

Für diesen Bereich erscheint in geburtsmedizinischen Lehrveranstaltungen der propagierte Paradigmenwechsel im Hinblick auf die ansteigende Versorgungspraxis Kinder per Kaiserschnitt zu entbinden als Paradebeispiel, um professionell verinnerlichte Denk- und Handlungsrouinen und deren evidenzdefizitäre Begründungsmuster aus einer EbM-Perspektive zu beleuchten. Ferner ist es denkbar, anhand dessen ein Verständnis für EbM praktisch zu veranschaulichen sowie entsprechende Handlungskonsequenzen abzuleiten. Die NIH-Empfehlung (2006) stellt einen geeigneten, exemplarischen Ansatz dar, methodisches Vorgehen aus einer EbM-Perspektive zu vermitteln und zu diskutieren: So zeigen „Intended mode of delivery“-Studien derzeit keine Evidenz für ein grundsätzlich verbessertes Outcome bei „Wunschkaiserschnitten“ im Vergleich zu angestrebten (klinischen) Spontangeburt. Wie stark wissenschaftliche Erkenntnisse sich im Fluss befinden und von der Methodik der entsprechenden Studiendesigns abhängen, lässt sich hieran ebenfalls gut aufzeigen. Einerseits sind prospektive randomisierte „intended mode of delivery“-Studien (ohne Surrogate) mit entsprechend umfangreicher Stichprobengröße (und einem long-term follow up) aktuell nicht verfügbar und schwer zu realisieren (vgl. Kapitel 2.3.2). Andererseits kann auch anhand der in der NIH-Empfehlung grundsätzlich nicht berücksichtigten Vergleichsarme – „best-practice“-Spontangeburt (Geburt in so genannten Hebammenkreissälen oder außerklinische Geburt) (Young, 2006) – die kritische Reflektion vermeintlich objektiv-wissenschaftlicher Studienergebnisse schon innerhalb der universitären Ausbildung vermittelt werden: *„Die Alternativen zu EbM können nur Willkür und Intransparenz sein, bedient durch Eminenzen, die sich die Definitionsmacht anmaßen und unklare, eigenen Interessenlagen folgen“* (Meyer, 2012, S.28).

Anknüpfend an diese Schlussfolgerung gilt es zu betonen, dass die Berücksichtigung von Geschlechterperspektive und Gender-Kompetenz als Qualitätsindikatoren für eine evidenzbasierte Medizin einzubeziehen (Kuhlmann & Kolip, 2005) und qualitative Studien (nicht nur) für den Einbezug von gesundheitlichen Bedarfs- und Lebenslagen von NutzerInnen und Professionellen von enormer Relevanz sind. Um auch diese Aspekte von EbM praxisnah in geburtsmedizinisch-universitärer Ausbildung zu vermitteln, bietet das Thema „Wunschkaiserschnitt“ weitere Anknüpfungspunkte.

Das von GeburtshelferInnen im Zusammenhang mit Entbindungen per „Wunschkaiserschnitt“ favorisierte Modell der „Informierten Entscheidungsfindung“ liefert einen Einstieg in das große Themenfeld der (Gesundheits-)Kommunikation. Für diesen

Bereich lässt sich in der medizinischen Lehre an deutschen Universitäten eine Analogie zur EbM feststellen. Wenngleich die Notwendigkeit für verbesserte ärztliche Kompetenzen in der Kommunikation vielfach belegt ist (vgl. Kapitel 3.3.3) und mittlerweile auch die Approbationsordnung diesem Umstand Rechnung zollt, wird diese Erkenntnis lediglich an einzelnen medizinischen Fakultäten mit Pilotprojekten zu Kommunikations- und Interaktionstraining berücksichtigt (Schmacke, 2012).

Die vorliegenden empirischen Ergebnisse haben verdeutlicht, inwieweit unterschiedliche Faktoren kommunikative Abläufe beeinflussen können. Darüber hinaus verweisen sie auf eine hohe Relevanz der Beziehungsebene zwischen den AkteurInnen im Prozess der Entscheidungsfindung für oder gegen die Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“. Jenseits des Kenntniserwerbs zu verschiedenen Modellen der Entwicklung medizinischer Entscheidungen in Interaktionen mit NutzerInnen und des Einübens bestimmter Gesprächstechniken, um immer größere Informationsmengen an NutzerInnen des Gesundheitsversorgungssystems zu übermitteln, gilt es in der universitären MedizinerInnen-Ausbildung die Reflexion über kommunikative Abläufe zu befördern. Anhand der Forschungsergebnisse zeigt sich bei der „Wunschkaiserschnitt“-Thematik unter anderem der Einfluss auf Interaktionsgestaltungen durch zeitgenössische Diskursfragmente („Zeitgeist“, 14, OA, Z.238) und die persönliche Werteorientierung der ÄrztInnen. Demnach sollten in der universitären Lehre auch Diskussionen über das Verständnis von ärztlicher Aufklärung auf Basis eines diskursanalytisch fundierten Kommunikationscurriculums Raum finden (Lalouschek, 2002), zugleich können hierbei unter Bezug auf medizinhistorische und medizinethische Aspekte verschiedene Facetten ärztlicher Selbstbilder und Rollenzuschreibungen beleuchtet werden.

Fraglos lassen sich noch viele weitere „Lehr-Stücke“ aus der klinischen Medizin anführen, die ebenso großes Potential aufweisen, Evidenz- und Kommunikationsdefizite für Studierende praxisnah zu verdeutlichen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass gerade das Thema „Wunschkaiserschnitt“ sehr geeignet ist, Studierenden diese (Problem-)Felder nahe zu bringen: Geburt liegt (immer noch) ein Verständnis als physiologischer Vorgang zugrunde, angesichts dessen kann der fragwürdige ärztliche (kommunikative und handlungsbezogene) Umgang mit unsicheren Evidenzen im Rahmen einer zunehmenden geburtsmedizinischen Interventionsorientierung „besonders gut“ herausgestellt werden. Die Verortung dieser Medikalisierung in einer Lebensphase, in der sich vermutlich die Mehrheit der Studierenden befindet, und ebenso die höhere Wahrscheinlichkeit, dass Studierende bei der Thematik Geburt – im Gegensatz zu Krankheitserfahrungen, die vermehrt im späteren Lebensalter gegeben sind – auf eigene biographische Erfahrungen zurückgreifen können oder die Thematik an eigene Lebensentwürfe anknüpft, lassen durchaus die Schlussfolgerung

zu, dass dieser lebensweltliche Bezug ein Interesse an einer diesbezüglichen Auseinandersetzung noch verstärkt.

Schließlich wird zunehmend eingefordert, die theoriefokussierte ärztliche universitäre Ausbildung und die an „stationärer Arbeitslast“ orientierte klinische Weiterbildung in Deutschland besser zu verzahnen, damit die ärztliche Aus- und Weiterbildung möglichst ein Kontinuum darstellt (SVR, 2007). Im Hinblick auf eine vom Sachverständigenrat ebenfalls angemahnte Neuorientierung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zeichnen sich erste Ansätze ab, dieser schon am Beginn der universitären Ausbildung den Weg zu bereiten. In Rahmen eines Modellprojekts der Universität Bochum wurden gemeinsame Erstsemester-Lehrveranstaltungen für die Studiengänge Medizin, Pflege, Ergo-, Physiotherapie, Logopädie und Hebammenkunde ausgerichtet, um die getrennte Sozialisation in der Ausbildung von Gesundheitsberufen zu durchbrechen und um weiteres interdisziplinäres Zusammenarbeiten zu fördern (Walkenhorst & Schäfer, 2012). Einen ersten Schritt in diese Richtung könnten in der geburtsmedizinischen Ausbildung „Kreißsaal-Module“ darstellen, in denen ärztliche Aus- und Weiterbildung unter Leitung von Hebammen erfolgen (Kühnert, 2008).

In Anbetracht des vielfach beklagten Verlustes geburtshilflicher Fähigkeiten bei ÄrztInnen (Menacker & Martin, 2009; Huch & Chaoui, 2006, Plante, 2006) eröffnen solche curricularen Module die Möglichkeit, mehreren wünschenswerten ärztlichen Ausbildungszielen nahe zu kommen. Immerhin werden in Deutschland noch fast 70% der Kinder auf vaginalem Weg entbunden, so dass zunächst allein das Erleben eines physiologischen Geburtsvorgangs ohne oder mit zurückhaltend angewandten (medizinischen) Interventionen ein zentrales ärztliches Ausbildungsziel darstellt. Mit Blick auf die Prägung ärztlicher Risikowahrnehmung im Kontext von Schwangerschaft und Geburt dürfte ein solches Miterleben von großer Bedeutung sein. Je nach Ausbildungsstand ist sicherlich der Erwerb praktischer geburtshilflicher Kompetenzen erstrebenswert, die Modul-Leitung durch Hebammen sollte allerdings vorrangig sicherstellen, dass dieser sensible Versorgungsbereich nicht als „Praxis-Übungsfeld für angehende GeburtsmedizinerInnen“ anzusehen ist. Ziel ist vielmehr, einen Beitrag im Wandlungsprozess (frauen-)ärztlicher Professionsgrenzen sowie eines (frauen-)ärztlichen Selbstverständnisses im Hinblick auf wertschätzende interdisziplinäre Zusammenarbeit zu leisten.

### **6.2.2 (Heraus-)Forderungen an GeburtsmedizinerInnen**

Auf das in der universitären Ausbildung gelegte ärztliche Sozialisations-Fundament baut das (geburts-)medizinische Gesundheitssystem – mit der Zentrierung auf die (frauen-)ärztliche Profession – auf. Die empirischen Ergebnisse verweisen auf die Bedeutung ärztlicher Kommunikationskultur zur (Ab-)Sicherung von (Macht-)Stellungen

im Rahmen der traditionell hierarchischen Führungsstrukturen in den Geburtskliniken und an den Schnittstellen zum ambulanten Versorgungssektor. Den empirischen Ergebnissen weiter folgend ist davon auszugehen, dass Weiter- und Fortbildungsziele klinisch tätiger FrauenärztInnen ebenfalls verbesserte Kompetenzen in evidenzbasierter Medizin und Kommunikation beinhalten müssen. Denkbar ist sogar, dass eine stärkere Verzahnung ärztlicher Aus- und Weiterbildung Ansatzpunkte bietet, diese Bereiche mit einer angehenden ÄrztInnengeneration gemeinsam zu betrachten, erarbeiten und reflektieren. Derartig gestaltete Curricula liefern die Möglichkeit, in entsprechenden „intergenerativen“ Diskussionen von einander zu profitieren und ein Aufbrechen hierarchischer Ausbildungskultur zu befördern, worin nicht zuletzt auch Potential für eine Neuausrichtung (frauen-)ärztlichen Selbstverständnisses liegt. Überdies zeigen sich in dem vorliegenden Forschungskontext die derzeitigen geburtsmedizinischen Entscheidungs- und Versorgungsstrukturen mit Fragmentierungsproblematiken, interdisziplinären Defiziten und mangelnder professioneller Kooperation als derart reformbedürftig, dass sich weitere (Heraus-)Forderungen an GeburtshelferInnen als unabdingbar darstellen.

Der dem „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ zugrundeliegende geburtsmedizinische Paradigmenwechsel ist zwar in den letzten anderthalb Jahrzehnten beständig in der nationalen als auch internationalen Fachliteratur kontrovers diskutiert und anhand aktueller Studienergebnisse zunehmend in Frage gestellt worden, dennoch existieren diesbezüglich kaum Stellungnahmen deutscher Fachgesellschaften. Die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (AG MedR DGGG, 2010a) bildet eine der Ausnahmen. Jedoch erweist sie sich über alle Aktualisierungen der letzten Jahre als bemerkenswert evidenzresistent (vgl. Kapitel 2.3.2). Dieses wird umso augenscheinlicher beim Blick über den „Deutsch-Gesellschaftlich-Gynäkologisch-Geburtsmedizinischen Tellerrand“ nach Großbritannien – zwischen den entsprechenden Guidelines des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2011) und der „S1-Leitlinie“ der DGGG (2010) liegen Wissens(chaf)tswelten.

In Anbetracht der Tatsache, dass diese S1-Leitlinie der DGGG „nur noch“ eine Gültigkeit bis Juli 2013 aufweist und vor dem Hintergrund, dass frauenärztliche Berufsverbände seit geraumer Zeit eine professionelle Reflexion über die Konsequenzen des geburtsmedizinischen Paradigmenwechsels anmahnen (Holthaus-Hesse & König, 2006), müssen nun die zentralen AkteurInnen der deutschen Fachgesellschaften in die Verantwortung genommen werden, sich angesichts aktueller Erkenntnisse und Evidenzen neu zu positionieren: *„EbM ist (...) respektlos, weil sie formale Argumente wie Titel und Positionen in der hierarchischen Welt der Medizin und Fachgesellschaften nicht gelten lässt. Wo Medikalisierung vorherrscht, versucht EbM*



*Patienten wie Ärzten die Grenzen medizinischer Interventionen aufzuzeigen“ (Schmacke, 2005b, S.11).*

Im Rahmen der Einbeziehung adäquater Datengrundlagen – im Sinne einer evidenzbasierten Medizin – bei der Erarbeitung für zeitgemäßer Stellungnahmen deutscher Fachgesellschaften zu der Versorgungspraxis zunehmender Kaiserschnittoperationen ergibt sich zugleich die Notwendigkeit ethisch konsensfähige Handlungsmuster auf der Basis eines neu zu reflektierenden Professionsverständnisses zu erarbeiten. Beginnend mit einer Auseinandersetzung über den Begriff „Wunschkaiserschnitt“ und über das propagierte ärztlich-variable „Sectio-Indikationskontinuum“ (AG MedR DGGG, 2010a; Husslein & Langer, 2000) gilt es, eine breite Diskussion über die Qualitätskriterien einer „best-practice“-geburtsmedizinischen Versorgung zu führen. Fachgesellschaften haben die professionelle Verantwortung, zu den in nationalen (Husslein, 2008; Riegl, 2008) und internationalen (Smith et al., 2008) fachlichen Leitmedien unverhohlen publizierten Medikalisierungsstrategien (vgl. Kapitel 2.3.1 und 3.2.2) Stellung zu beziehen. Zudem bedeutet professionelle Verantwortung, die diesen Medikalisierungsstrategien zugrundeliegenden Zusammenhänge zu reflektieren und transparent zu machen und nicht an der Inszenierung von Bedrohlichkeit vaginaler Geburten mitzuwirken und damit auch eine zunehmende ärztliche Risikowahrnehmung physiologischer Vorgänge zu befördern.

ÄrztInnen – insbesondere in exponierten (Entscheidungs-)Funktionen – haben qua ihrer professionellen Rollenübernahme eine (systempolitische) Verpflichtung zur Schaffung von Transparenz hinsichtlich bestehender professionsinterner Ungewissheiten und Unsicherheiten. Stellungnahmen, im Rahmen derer bei mangelnder Evidenz versucht wird mit diskursiven Mitteln „gewünschte Realitäten“ herzustellen (vgl. Kapitel 1), sind als machtsinteressengeleitet und verantwortungslos zu bezeichnen: *„Nicht materielle sekundäre Interessen werden weniger beachtet, können aber genauso wirksam sein wie materielle, ob es Ehrgeiz, das Streben nach Status und Anerkennung, der Wunsch nach Aufnahme oder Verbleib in einer Forschergruppe oder die Konkurrenz mit andern Ärzten oder Wissenschaftlern ist“* (Klemperer et al., 2012, S.35).

Der ärztliche Umgang mit medizininhärenten Unsicherheiten scheint einer *„Gratwanderung zwischen Entmutigung und Wichtigtuerei“* (Donner-Banzhoff, 2012, S. C1664) zu gleichen und lässt sich offenbar schwer mit einem ärztlichen Professionsverständnis vereinbaren (Stamer, 2011). Die Darstellung ärztlicher (Selbst-)Bilder scheint überdies zunehmend getragen von einem Ringen mit (geburtsmedizinischer) *„Dienstleistung vor dem Hintergrund immer stärker eingeforderter Patientinnenautonomie“* (Jonat et al., 2008, S.660), von Ängsten im Rahmen einer zunehmenden Akademisierung weiterer Gesundheitsberufe in Deutschland vor *„Versorgungsstrukturen wie in*

*den skandinavischen oder angelsächsischen Ländern, wo wir mehr oder weniger eine Staatsmedizin haben“* (Gerst & Hibbeler, 2012, S.C 1970) und von Befürchtungen einer „Deprofessionalisierung“ des ärztlichen Standes durch „Feminisierung“ (Riska, 2008). Vor diesem Hintergrund sowie angesichts einer seit der WHO-Empfehlung von 1985 mehr und mehr unter Handlungsdruck geratene klinische Geburtsmedizin (vgl. Kapitel 3.1.3) liegt es nahe zu vermuten, dass das in der Öffentlichkeit nunmehr etablierte Bild einer fortschrittlichen, modernen operativen Geburtsmedizin – mit maximaler Kontrollierbarkeit von Risiken und Beherrschung von Komplikationen in Schwangerschaft und bei Geburt – weniger auf einem „gutgemeinten Medizintechnizismus“ basiert als einer „Rückeroberung (frauen-)ärztlich-territorialer Gebiete“ dient.

Umso bedeutsamer erscheint es anzuerkennen, dass nicht Dominanzgebaren (Franzki, 2004) zu einer zeitgemäßen ärztlichen Identitätsstiftung beitragen wird, sondern die Abkehr vom exponierten Behandlungsanspruch in der Versorgung von reproduktiver Frauengesundheit – verbunden mit der Öffnung zu einer wertschätzenden, interdisziplinären Zusammenarbeit mit AkteurlInnen weiterer Professionen – als nutzenstiftend erlebt werden kann. Anknüpfend an den Zusammenhang zwischen ärztlichem Denken und Handeln sowie institutionell verankerten Strukturen sind für eine verbesserte, frauengerechte Versorgung im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im Sinne von interdisziplinärer, kollektiver Zusammenarbeit von Professionellen – einschließlich Berufsgruppen, die im traditionellen Sinne (noch) nicht mitgedacht werden – Veränderungen auf mehreren (Handlungs-)Ebenen notwendig.

Ein traditionell hierarchischer Führungsstil, der im Krankenhaussektor seinen Ausdruck in einer chefärztlich zentrierten Klinikkultur findet, gerät immer stärker in die Kritik (Bergmann, 2012; Dettmer et al., 2010; Buxel, 2009), entsprechend verweisen auch die empirischen Ergebnisse im vorliegenden Forschungskontext auf einen nachhaltigen dem gemäßen Handlungsbedarf (vgl. Kapitel 5.4.1). Selbst unter der Voraussetzung einer grundsätzlich bestehenden Bereitschaft und Offenheit für Veränderungen bei Verantwortlichen in den entsprechenden Leitungspositionen ist davon auszugehen, dass eine partizipative Kommunikations- und Entscheidungskultur in einem interprofessionellen Rahmen – unter den bis dato durchlaufenen ärztlichen Sozialisationsprozessen – erst erlernt werden muss. Folglich ergibt sich daraus ein spezieller Fortbildungsbedarf insbesondere für ÄrztInnen in Leitungsfunktionen. Die vermittelten Fortbildungsinhalte können dazu beitragen, (geburtsklinische) Arbeits- und Entscheidungsstrukturen zu entwickeln, in denen nicht die Abgabe von Verantwortung für die Durchführung von nicht notwendigen Kaiserschnittoperationen handlungsleitend ist, sondern in denen sich vielmehr die verschiedenen Kompetenzen eines interdisziplinären Teams nutzenstiftend verbinden. Für den Bereich reproduktive Frauengesundheit müssen Professionelle der Hebammenheilkunde entsprechend

ihrer Kompetenzen die zentrale Position innerhalb interdisziplinärer Arbeits- und Entscheidungsstrukturen einnehmen (Schwarz, 2008).

Die empirischen Ergebnisse verdeutlichen, dass die InterviewpartnerInnen Prozesse ärztlicher Entscheidungsfindung für oder gegen die Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ als individualisierte Problematik erleben oder sich am Ende einer fragmentierten Versorgungskette nur als Ausführende von prästationär getroffenen Entscheidungen fühlen (vgl. Kapitel 5.4.4). Kollektive(re) Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen – im Idealfall unter Einbezug niedergelassener FrauenärztInnen – können dem entgegenwirken: Einerseits kann aus einer multidisziplinären Perspektive die bestmögliche (non-direktive) Versorgungsoption für schwangere Frauen mit einem Wunsch nach Kaiserschnittentbindung diskutiert werden (Khunpradit et al., 2011; Clark et al., 2008; Chaillet & Dumont, 2007), andererseits können kollektivere Entscheidungs- und Versorgungskonzepte eine Neuausrichtung ärztlicher Identitäten befördern.

„Nebenbefundlich“ legen die empirischen Ergebnisse auch nahe, dass die Schaffung von sozialen Räumen für Schwangere mit Möglichkeiten zur kollektiven face-to-face-Kommunikation ein Verbesserungspotential im Sinne frauengerechter geburtsmedizinischer Versorgung beinhaltet. Zu diskutieren bleibt zwar innerhalb welcher Versorgungsstrukturen diese verortet und etabliert werden könnten, grundsätzlich jedoch wohnt der Implementierung kollektiver Kommunikationsstrukturen die Perspektive inne, eine Entwicklung von „geburtsmedizinischen High-Tech-Versorgungsstrategien“ zu einer „High-Talk-Geburtshilfe“ auf den Weg zu bringen.

### **6.2.3 (Heraus-)Forderungen an (gesundheits-)politisch Verantwortliche**

Es gibt weitere, insbesondere aus dem Ergebnisbereich „Strukturell-ökonomische Limitierungen“ (vgl. Kapitel 5.4.2) ableitbare Anknüpfungspunkte für Verbesserungen im geburtsklinischen Versorgungssektor, die partiell noch im Gestaltungs- und Handlungsspielraum von Verantwortlichen der Klinikorganisation und von (chef-)ärztlichen EntscheidungsträgerInnen liegen. Dazu zählen beispielsweise die Einführung von mitarbeiterInnenorientierten Arbeitszeitmodellen oder die mögliche Implementierung einer supervisionsunterstützten kommunikationsorientierten Arbeitskultur sowie die partizipative Entwicklung von Klinik-Leitbildern. Dennoch lässt die Analyse der empirischen Ergebnisse erkennen, dass zur weiteren Entwicklung und Umsetzung einer frauengerechten geburtsmedizinischen Versorgung zugleich großer Handlungsbedarf auf der Makroebene besteht: Die in Deutschland zu konstatierende „Organisation einer geburtsklinischen Kultur der Fehl- und Überversorgung durch Kaiserschnittentbindungen“ ist keine Problematik, die ausschließlich auf dem (Nicht-)Handeln von

IndividualakteurInnen auf der Mikroebene basiert und sich fern jeglicher politischer Einflussnahme vollzogen hat, sie muss auch politisch (mit-)verantwortet werden.

Die notwendige Verbesserung der geburtsklinischen Versorgungssituation im Sinne von interdisziplinären Entscheidungs- und Arbeitsstrukturen muss (auch) durch (gewollte) gesundheitspolitische Steuerungsinstrumente erzielt werden. Zentral erscheint zuvorderst eine Stärkung der Position der Hebammen sowohl im ambulanten als auch im stationären geburtsmedizinischen Versorgungssektor. So verwies der Bund Deutscher Hebammen bereits 2006 darauf, dass die in EU-Richtlinien, im Hebammengesetz und in den Länder-Berufsordnungen festgeschriebene eigenverantwortliche Stellung der Hebammen durch die derzeitigen hierarchischen Versorgungsstrukturen in Deutschland untergraben wird. Jüngere Entwicklungen, wie die drastische Anhebung der Berufshaftpflichtprämien für Hebammen (Hillenhof, 2012) und eine fehlende diesbezügliche politische Reaktion lassen jedoch vermuten, dass sich die aktuellen politischen Mehrheiten stärker an der Förderung von Partikularinteressen ausrichten, als den Nutzen von schwangeren Frauen in der geburtsmedizinischen Versorgung im Blick zu haben.

Den empirischen Ergebnissen folgend könnte eine gute Praxis politischer Verantwortung im Kontext von Fehl- und Überversorgung durch Kaiserschnittentbindungen noch anhand weiterer gesundheitspolitischer Gestaltung zum Ausdruck gebracht werden: Die Förderung von Modellprojekten integrierter Versorgung mit professionell-kollektiver Entscheidungsfindung (vgl. Kapitel 6.2.2) und deren unabhängige (!), systematische, interdisziplinäre Evaluation stellt einen wesentlichen Bereich dar (Gerhardus, 2012). Adäquate Datengrundlagen bilden dabei eine zentrale Voraussetzung für wissenschaftliche Evaluationen von Systemveränderungen. Entsprechend besteht eine Notwendigkeit zur Schaffung von Datentransparenz im geburtsklinischen Versorgungssektor. Geburtsklinische Einheiten müssen verpflichtet werden ihre Kaiserschnittraten – aufgeschlüsselt in primäre und sekundäre Sectiones – zu veröffentlichen. Ferner sollte eine genauere statistische Erfassung der bis dato dokumentierten Kaiserschnittindikationen „Sonstige Gründe“ (vgl. Kapitel 2.2.2) erfolgen. Eine bundesweite statistische Erhebung der durchgeführten „Wunschkaiserschnitte“ ist genauso erstrebenswert wie – angesichts des vorliegenden Definitionsdisenses und der derzeitigen Vergütungspraxis (unter Einbezug des Wirtschaftlichkeitsgebots (SGB V § 12 (1)) der Geburtsmodi – unrealisierbar. Aus dem systeminhärenten Mengenreiz eines wettbewerbsorientierten Entbindungsmarktes ergibt sich jedoch die grundsätzliche Forderung nach Besserstellung der Vergütung von vaginalen Geburten ohne oder mit geringen geburtsmedizinischen Interventionen.

Zu bedenken bleibt bei dieser letzten Forderung zugleich, dass in anderen Gesundheitssystemen die erwartete Steuerungsfunktion einer veränderten Vergütung zu Gunsten von Vaginalgeburten nicht eingetreten ist (Lo, 2008; Béhague, 2002; vgl. Kapitel 3.2.2). Anhand der empirischen Ergebnisse sowie der theoretischen Betrachtungen zur Versorgung mit („Wunsch“-)Kaiserschnitten wird deutlich, wie eine an Mengen- und Preiswettbewerb ausgerichtete Gesundheitspolitik – jenseits real-betriebswirtschaftlicher Auswirkungen – das Konkurrenzdenken im geburtsklinischen Sektor befördert und einen grundsätzlichen inhaltlichen Wandel von geburtsmedizinischer Versorgung (mit)bewirken kann. Damit einhergehende gesamtgesellschaftliche „Kollateralschäden“, wie die sukzessive Aushöhlung des Solidarprinzips werden billigend in Kauf genommen:

Aufgabe des Staates ist es – basierend auf dem Sozialstaatsprinzip (GG, Art. 20, Abs. 1) – Krankenhäusern im Sinne einer historisch gewachsenen solidarischen Versorgungsgerechtigkeit<sup>201</sup> vorzuhalten. Bei der Befugnis des Bundes zur Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (GG Art.74 Abs.1 Nr.19a) liegt die ordnungspolitische Intention nicht auf der betriebswirtschaftlichen Optimierung eines Krankenhausunternehmens, sondern auf der Stärkung der Solidargemeinschaft und der Sicherung des Krankenhauswesens als grundlegendes und lebensnotwendiges Versorgungssystem für die Bevölkerung. Der soziale Wert der Krankenhausversorgung ist insofern nicht in ökonomischen Maßstäben zu erfassen und übersteigt die Summe der Behandlungsentgelte, eine solidarisch vertretbare sowie ökonomisch-volkswirtschaftlich kluge und zugleich an „best-practice“-orientierte (geburtsklinische) Versorgung ist im deutschen Krankenhauswesen unter derzeitigen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen nicht zu erwarten (vgl. Kapitel 3.2): *„Kommerzialisierte Medizin findet in einem auf Grenzenlosigkeit eingestellten Kontext statt“* (Braun et al., 1998, S.43).

Dieser kulturelle Wertewandel findet – als Form der Entsolidarisierung auf der Mikroebene – in den empirischen Ergebnissen insbesondere Ausdruck im Bereich „Informed consent-Insuffizienz“ (vgl. 5.4.3) durch die Betonung von Eigenverantwortlichkeit der Nutzerinnen im Zusammenhang mit der Durchführung eines „Wunschkaiserschnitts“ – in einer neoliberalen Semantik als „Selbstbestimmung der Schwangeren“ bezeichnet (vgl. Kapitel 3.3.3). Anknüpfend daran, dass Entwicklungen im Gesundheitssystem immer vom „magischen Dreieck“ Evidenz, bereitgestellte Ressourcen

---

<sup>201</sup> Die förderale Ordnung der Bundesrepublik führt hier zu einem Grundkonflikt in der Verteilung der Verantwortung. Der Bund entscheidet über das Finanzierungssystem der stationären Versorgung, den Sicherstellungsauftrag für das Krankenhauswesen haben aber die einzelnen Bundesländer. Gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundestages, die den Krankenhaussektor betreffen und die Zustimmung der Länder im Bundesrat bedürfen, werden nicht selten vorrangig zu einer Frage der politischen Machtverteilung (Hajen et al., 2010).

und zugrundeliegende Werte (Schmacke, 2004, S.169) abhängen, sind (gesundheits-)politisch Verantwortliche in der Pflicht die ordnungspolitische Neuausrichtung solidarergemeinschaftlicher Werte nicht durch neoliberale Diskursfragmente über die „Stärkung von Eigenverantwortung der Versicherten“ zu verschleiern und damit NutzerInnen der Gesundheitsversorgung zunehmend zu individueller Verantwortungsübernahme zu zwingen (Friesacher, 2010; Dieterich, 2006): *„Der Neoliberalismus hat nicht nur die Märkte, er hat auch die Individuen dereguliert“* (Charim, 2012, S.17).

Bezogen auf den vorliegenden Forschungskontext bedeutet dies, dass die (propagierte) verantwortungsvolle Schwangere aufgrund der diskursiven Verknüpfung von (quasi erzwungener) Eigenverantwortung einerseits und postuliertem geburtsmedizinischen Paradigmenwechsel andererseits, zwangsläufig einen Kaiserschnitt ohne medizinische Notwendigkeit als eine Wahloption von geburtsklinischen Entbindungsarten in Betracht ziehen muss (Fenwick et al., 2010; Kukla et al., 2009; Bergeron, 2007). Demokratisch gewählte VolksvertreterInnen haben die politische Verantwortung diese Zusammenhänge transparent zu machen und sie haben die Mittel und Möglichkeiten professionelle EntscheidungsträgerInnen zur Mitwirkung an einer offenen und öffentlichen Auseinandersetzung über die weitere Ausrichtung der (geburts-)medizinischen Versorgung in die Pflicht zu nehmen.

Vor dem Hintergrund des jüngsten Sondergutachtens des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR, 2012) und der Schlussfolgerung, dass der reine Preis- und Mengenwettbewerb durch einen Qualitätswettbewerb (zumindest) ergänzt werden sollte, bleibt abzuwarten, ob sich eine Entwicklung zu „Pay for Performance“ als Allokationsmechanismus durchsetzen kann oder andere Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen (vgl. Kapitel 3.2.1), die auf eine nachhaltigere Art und Weise eine Grundlage bieten (können), den gesellschaftlichen Konsens der Solidargemeinschaft in der Gesundheitsversorgung zu erhalten. Die Entwicklung von „Pay for Performance“-Versorgungskonzepten befindet sich in Deutschland noch in der Anfangsphase (Burgdorf et al., 2009; Rexin, 2008; Gruhl & Klemperer, 2008), so verweisen die empirischen Ergebnisse auch auf eine in diesem (Forschungs-)Rahmen dringend notwendige Neubewertung geburtsmedizinischer Qualitätsindikatoren (vgl. Kapitel 5.5.1). Anknüpfend an die beiden verbliebenen Ecken des magischen Dreiecks – Evidenz und bereitgestellte Ressourcen – schließt sich die Forderung nach einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik an, gestützt durch eine (Versorgungs-)Forschung, die mit ExpertInnen (ohne Interessenskonflikte) den Strukturwandel im Krankenhaussektor begleitet und neue Perspektiven erarbeitet.

### **6.2.4 (Heraus-)Forderungen an (Gesundheits-)WissenschaftlerInnen**

Eine zu konstatierende Schnittstellenproblematik zwischen Gesundheitspolitik und Gesundheitsforschung ist – bezogen auf den vorliegenden Forschungskontext – nicht ausschließlich auf die noch zu schließenden Lücken an evidenzbasiertem Wissen zurückzuführen. Losgelöst davon, dass medizinische Evidenz per definitionem einer fortwährenden Überprüfung und Erneuerung bedarf, stellt sich auch die Frage nach den Transferprozessen zwischen dem bis dato produzierten evidenzbasierten Wissen und entsprechend politisch gestützter Implementierung des generierten Wissens in die Versorgungspraxis; beispielhaft sei auf die schon lange verfügbaren Studienergebnisse zur Evaluation geburtshilflicher Versorgung in deutschen Geburtshäusern verwiesen (Loytved, 2010; Alscher, 2004).

So können angesichts der evidenzdefizitären, aber wirkmächtigen Publikationsflut zu einer vermeintlichen Prävention von Beckenbodenschäden durch Kaiserschnittoperationen seit Mitte der 1990er Jahre (vgl. Kapitel 3.2.3) durchaus folgende Fragen formuliert werden: Welche (wissenschaftlichen) AkteurInnen lancieren Wissen auf welche Art und Weise und mit welcher Intention? Und welche (Heraus)Forderungen gilt es an (gesundheitswissenschaftliche) Forschung zu stellen, um ein Höchstmaß an Umsetzung und Anwendung der produzierten evidenzbasierten Forschungsergebnisse in Politik und Praxis erzielen zu können?

Daran anknüpfend lassen sich im Rahmen des vorliegenden Forschungskontextes einige Ansatzpunkte gedanklich weiterverfolgen:

„HTA-förmige“ Untersuchungsansätze bilden eine Grundlage für die „Entzauberung“ des geburtsmedizinischen Paradigmenwechsels, wenngleich für evidenzbasierte Aussagen – insbesondere im Hinblick auf maternale und neonatale Spätmorbiditäten – große Datenbanken, lange „follow-up“-Studiendesigns (vgl. Kapitel 2.3) und eine ausreichende Projektfinanzierung unabdingbar sind. Zugleich gilt es im Bereich Geburtsversorgung spezielle „kontextsensible, nutzerinnenorientierte Ergebnisparameter“ einzubeziehen, die mit einem quantitativen Forschungsansatz nur unzulänglich abzubilden sind; exemplarisch seien hier postpartale psychische und psychosomatische Auswirkungen einer Entbindungsart angeführt (vgl. Kapitel 2.3.2). Die Entwicklung von frauengerechten Versorgungskonzepten, speziell unter Berücksichtigung gendersensibler Einflussfaktoren, bedarf einer Vielfalt an Methoden und Fachdisziplinen, für die in der gängigen (Drittmittel-)Förderpraxis an deutschen Hochschulen immer noch zahlreiche Barrieren existieren (Bittlingmayer, 2012; Spelsberg, 2012; Schmacke, 2004).

Hier ist die deutsche Gesundheitswissenschaft mit ihren Fachgesellschaften gefordert sich zu positionieren und nicht (weiter) an der Etablierung einer medizinlastigen Fächerhierarchie mitzuwirken (Schwartz & Scriba, 2004), in der nicht-medizinisch-

naturwissenschaftliche Fachdisziplinen unter dem Label „Interdisziplinarität“ als Appendix einer medizinischen Dominanzkultur fungieren. Dies zieht eine kritische Auseinandersetzung mit der jeweils eigenen inhaltlichen Ausrichtung, (Mit-)Arbeit und (Mit-)Verantwortung am „gegenwärtigen Diskurs zukünftiger gesundheitlicher Bedrohungen“ mit sich; so können am Verhaltensansatz orientierte, gesundheitspädagogische Ansätze zur (propagierten) individuellen Selbststeuerung die „*Paradoxie der Risiko generierenden Risikovermeidung*“ (Leanza, 2010, S.256) bewirken: Die Entscheidung einer schwangeren Frau für eine Entbindung per „Wunschkaiserschnitt“ mag aus der „gutgemeinten Absicht und eigenverantwortlichen Einsicht“ entstehen, Geburtsrisiken für ihr Kind ausschalten zu wollen und führt bei daraus resultierendem Status nach Sectio in einer darauffolgenden Schwangerschaft unweigerlich zu weiteren Risiken und Risikozuschreibungen (vgl. Kapitel 3.2.3).

Jenseits der auf einer gesundheitswissenschaftlichen „Präventionssemantik“ bestehenden – wenn auch unter einer Populationsperspektive nicht primär intendierten – Fortschreibung einer „medizinischen Behandlung individueller Risikofaktoren“ belegt das „Geschehen Wunschkaiserschnitt“ an dem Beispiel der Modelle medizinischer Entscheidungsfindungen die Notwendigkeit, sich im Rahmen von Versorgungsforschung in einem normativen Sinne zu positionieren.

Die mit (wirtschaftlichen) Partialinteressen kompatible und mögliche Umdeutung von Entscheidungsfindungsmodellen in Richtung eigenverantwortlicher NutzerInnen, die aber ursprünglich für die Umsetzung von NutzerInnenorientierung im Gesundheitswesen konzipiert waren, ist angesichts der als zeitgemäß deklarierten Informed-consent-Entscheidung für die Durchführung von „Wunschkaiserschnitten“ mehr als deutlich. Wiederum scheint es geboten zu hinterfragen, welchen (systemimmanent-anchlussfähigen) Anteil eine sich rein als „*deskriptive Versorgungsforschung*“ verstehende (Strech & Marckmann, 2012, S.9) und als „*beiläufige Anwendungsforschung*“ falsch verstandene (Schmacke, 2004, S.167) Wissenschaft – mit der Zielsetzung (auftraggeberInnen-gerechte) pragmatische Handlungsempfehlungen zu produzieren – zu einem neoliberalen „Eigenverantwortlichkeits-Diskurs“ beisteuert (vgl. Kapitel 3.3.3).

Aus der in der Bevölkerung weit verbreiteten, aber falschen Annahme, dass ÄrztInnen in Deutschland den hippokratischen Eid schwören (müssen), kann durchaus auf einen gesellschaftlichen Konsens im Hinblick auf eine erwünschte ethische Grundhaltung in der Gesundheitsversorgung geschlossen werden. Vor dem Hintergrund, dass sich gesellschaftliche Werte wie Selbstbestimmung aber nicht als Populationsvariable „beforschen“ lassen, wird die Forderung nach einer normativen Versorgungsforschung evident, die unter Bezugnahme auf „*Ziele einer praktischen Ethik*“ (Strech & Marck-



mann, 2012, S.11) zur Alltagsgestaltung gesundheitlicher Versorgung Stellung bezieht.

In der deutschen Sprache existiert keine gelungene Übersetzung für „Health Policy“; eine Fachdisziplin, die im angloamerikanischen Raum viel selbstverständlicher auch normative Fragestellungen im Gesundheitssystem in den Blick nimmt (Strech & Marckmann, 2012). Die Vermutung liegt nahe, dass der defizitäre Transferprozess zwischen produziertem (Gesundheits-)Wissen und (Gesundheits-)Politik in Deutschland dem politischen Vorrang von Rechtskonformität bei der Umsetzung von neu entwickelten Versorgungskonzepten geschuldet ist und ethische Perspektiven bei dieser Priorisierung zunehmend aus dem Blick geraten, wenn nicht ein wissenschaftlicher „common sense“ über die Relevanz von Ethik(wissenschaft) in der Gesundheitsversorgung besteht, Forschung derart gestaltet wird und sich Forschungseinrichtungen entsprechend inhaltlich und strukturell positionieren.

Die empirischen Ergebnisse zum „Geschehen (rund) um den Wunschkaiserschnitt“ verdeutlichen die große Bedeutung von Risiken, die der derzeitigen inhaltlichen und strukturellen geburtsmedizinischen Versorgung inhärent sind. Ein nutzenstiftendes Potential für alle beteiligten AkteurInnen wäre von einer (Gesundheits-)Wissenschaft zu erwarten, die mit transdisziplinären und partizipativen Forschungsansätzen verstärkt systemische Risiken in das Zentrum ihrer Analysen rückt.

## EPILOG

*„Die Risikowahrnehmung ändert sich im Laufe der Zeit, sie ist auch immer kulturell bedingt. (...) Weil wir nun in einem Hochtechnologie-Land einen solchen atomaren GAU haben, beginnt sich die Risikowahrnehmung deutlich zu verändern. (...), was wir brauchen ist, dass wir eine gesellschaftliche Debatte führen, offen und ehrlich über die Chancen und Risiken dieser verschiedenen Technologien. (...) und Fragen zu klären, in welcher Welt wir leben wollen. Die Grundvoraussetzung für einen solchen Diskurs ist vollständige Transparenz und deswegen müssen die Fakten über die verschiedenen Energieformen, die Chancen und Risiken endlich auf den Tisch.“ (Wallacher, Tag vier nach Fukushima, o.S.).*

## LITERATURVERZEICHNIS

- Abels, G., Behrens, M.** (2009). ExpertInnen-Interviews in der Politikwissenschaft. Eine sekundäranalytische Reflexion über geschlechtertheoretische und politikfeldanalytische Effekte. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder (S.159-179). Wiesbaden: VS
- Abels, G., Behrens, M.** (2005). ExpertInnen-Interviews in der Politikwissenschaft. Geschlechtertheoretische und politikfeldanalytische Reflexion einer Methode. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung (S.173-190). Wiesbaden: VS
- ACNM** (American College of Nurse-Midwives) (2005). The REDUCE Campaign: Research and Education to Decrease Unnecessary Cesarean Sections. Online-Dokument: [http://www.midwife.org/reduce\\_campaign\\_soaring.cfm](http://www.midwife.org/reduce_campaign_soaring.cfm) (Abruf am 8.03.2011)
- ACNM** (American College of Nurse-Midwives) (2003). Women's Health Care Professionals Issue Warning About Cesarean Section on Demand. Online-Dokument: <http://www.prnewswire.com/news-releases/womens-health-care-professionals-issue-warning-about-cesarean-section-on-demand-73083112.html> (Abruf am 5.09.2012)
- ACOG Committee on Ethics** (American College of Obstetricians and Gynecologists) (2008). ACOG Committee Opinion No. 395. Surgery and patient choice. Obstet Gynecol, 2008, 111: 243-247
- ACOG Committee on Ethics** (American College of Obstetricians and Gynecologists) (2007). ACOG Committee Opinion No. 394, December 2007. Cesarean delivery on maternal request. Obstet Gynecol, 2007, 110: 1501-1504
- ACOG Committee on Ethics** (American College of Obstetricians and Gynecologists) (2004). ACOG Committee Opinion. Surgery and patient choice: The ethics of decision making. Number 289, November 2003. Int J Gynaecol Obstet, 2004, 84: 188-193
- Adams, A., Buckingham, C.D., Lindenmeyer, A., McKinlay, J.B., Link, C., Marceau, L., Arber S.** (2008). The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. Sociol Health Illn, 2008; 30: 1-18
- Afolabi, B.B., Lesi, F.E., Merah, N.A.** (2010). Regional versus general anaesthesia for caesarean section. Cochrane Database Syst Rev, 2010, Issue 8. Online-Dokument: <http://www.thecochranelibrary.com> (Abruf am 1.03.2011)
- AG MedR DGGG** (Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht) (2010a). Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea. Online-Dokument: [http://www.dggg.de/fileadmin/public\\_docs/Leitlinien/4-4-6-sectio-indikationen-2010.pdf](http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/4-4-6-sectio-indikationen-2010.pdf) (Abruf am 22.12.2010)
- AG MedR DGGG** (Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht) (2010b). Empfehlungen zu den ärztlichen Beratungs- und Aufklärungspflichten während der Schwangerenbetreuung und bei der Geburtshilfe. Online-Dokument: [http://www.dggg.de/fileadmin/public\\_docs/Leitlinien/4-4-1-pflichten-geburtshilfe-2010.pdf](http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/4-4-1-pflichten-geburtshilfe-2010.pdf) (Abruf am 22.08.2011)
- AG MedR DGGG** (Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht) (2008). Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch. Online-Dokument: [http://www.dggg.de/download/unprotected/g\\_04\\_04\\_06\\_absolute\\_relative\\_sectio\\_caesarea\\_frage\\_genannten.pdf](http://www.dggg.de/download/unprotected/g_04_04_06_absolute_relative_sectio_caesarea_frage_genannten.pdf) (Abruf am 2.02.2011)

- Albrecht**, H. (1986). Der Kaiserschnitt im Wandel der Geburtshilfe von 1885-1985. In: Beck, L. (Hrsg.). Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (S.103-118). New York, Berlin, Heidelberg: Springer
- Alexander**, J.M., **Leveno**, K.J., **Hauth**, J., **Landon**, M.B., **Thom**, E., **Spong**, C.Y., **Varner**, M.W., **Moawad**, A.H., **Caritis**, S.N., **Harper**, M., **Wapner**, R.J., **Sorokin**, Y., **Miodovnik**, M., **O'Sullivan**, M.J., **Sibai**, B.M., **Langer**, O., **Gabbe**, S.G., National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. (2006). Fetal injury associated with cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 2006, 108: 885-890
- Al Mufti**, R., **McCarthy**, A., **Fisk**, N. M. (1996). Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet*, 1996, 347: 544
- Allen**, V.M., **O'Connell**, C.M., **Baskett**, T.F. (2006). Cumulative economic implications of initial method of delivery. *Obstet Gynecol.*, 2006, 108: 549-555
- Alscher**, K. (2004). Hebammengeleitet – familienorientiert. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 2004, 11: 16-20
- Althabe**, F., **Sosa**, C., **Belizán**, J.M., **Gibbons**, L., **Jacquerioz**, F., **Bergel**, E. (2006). Cesarean Section Rates and Maternal and Neonatal Mortality in Low-, Medium-, and High-Income Countries: An Ecological Study. *Birth*, 2006, 33: 270-277
- Alves**, B., **Sheikh**, A. (2005). Investigating the relationship between affluence and elective caesarean sections. *BJOG*, 2005, 112: 994-996
- Amhof**, R., **Böcken**, J., **Braun**, S., **Schlette**, S. (2005). Shared Decision Making: Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen. *Gesundheitsmonitor* 3/2005. Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung. Online-Dokument: [http://www.hpm.org/Downloads/Newsletter\\_HPNGemo/0305\\_Shared\\_Decision\\_Making.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Newsletter_HPNGemo/0305_Shared_Decision_Making.pdf) (Abruf am 22.08.2012)
- Andrist**, L.C. (2008). The implications of objectification theory for women's health: menstrual suppression and "maternal request" cesarean delivery. *Health Care Women Int*, 2008, 29: 551-565
- Angerer**, P., **Glaser**, J., **Petru**, R., **Weigl**, M. (2011). Arbeitsbedingungen der Klinikärzte. Gezielte Maßnahmen, die sich lohnen. *Dtsch Arztebl*, 2011, 15: C 679-680
- Anonymous** (1997). What is the right number of caesarean sections? *Lancet*, 1997, 349: 815
- Ansaloni**, L., **Brundisini**, R., **Morino**, G., **Kiura**, A. (2001). Prospective, randomized, comparative study of Misgav Ladach versus traditional cesarean section at Nazareth Hospital, Kenya. *World J Surg*, 2001, 25: 1164-1172
- Anschütz**, F. (2002). Aufklärung von Patienten: zwischen Wunsch, Pflicht und Realität. *Gynäkologe*, 2002, 35: 1154-1156
- Anthuber**, C., **Dannecker**, C., **Hepp**, H. (2000). Vaginale Geburt – Morphologische und funktionelle Veränderungen am Beckenboden, Einfluss auf den Blasenverschluss und die Analsphinkterfunktion. *Gynäkologe*, 2000, 33: 857-863
- Anthuber**, C., **Hepp**, H. (2000). Wunschsektio – aktueller Stand des Irrtums? *Gynäkologe*, 2000, 33: 847-848
- AQUA** (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) (2010). Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2009. 16/1 – Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren. Online-Dokument: [http://www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2009/bu\\_Gesamt\\_16N1-GEBH\\_2009.pdf](http://www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2009/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2009.pdf) (Abruf am 12.02.2011)

- Arikan, D.C., Ozer, A., Arikan, I., Coskun, A., Kiran, H.** (2011). Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. *Arch Gynecol Obstet*, 2011, 284: 543-549
- Arnold, A.** (2008). Marketing. In: Schmidt-Rettig, B., Eichhorn, S. (Hrsg.). *Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts* (S.521-582). Stuttgart: Kohlhammer
- Arnstein, S. R.** (1969). Ladder of Citizen Participation. *JAIP*, 1969, 35: 216-224
- Arouni, A.J., Rich, E.C.** (2003). Physician gender and patient care. *J Gend Specif Med*, 2003; 6: 24-30
- Backe, B., Salvesen, K.A., Sviggum, O.** (2002). Norwegian obstetricians prefer vaginal route of delivery. *Lancet*, 2002, 359: 629
- Badawi, N., Kurinczuk, J.J., Keogh, J.M., Alessandri, L.M., O'Sullivan, F., Burton, P.R., Pemberton, P.J., Stanley, F.J.** (1998). Intrapartum risk factors for newborn encephalopathy: The Western Australian case-control study. *BMJ*, 1998, 317: 1554-1558
- Badura, B., Hart, D., Schellschmidt, H** (1999). *Bürgererorientierung des Gesundheitswesens – Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung*. Baden-Baden: Nomos
- BÄK (Bundesärztekammer)** (2009). Geschichte der Bundesärztekammer. Online-Dokument: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.1.5985> (Abruf am 3.04.2011)
- BÄK (Bundesärztekammer)** (2008). Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2007. Online-Dokument: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat07Abbildungsteil.pdf> (Abruf am 27.03.2009)
- Bahrs, O.** (2003). Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *GGW*, 2003; 3: 17–23
- Baicker, K., Buckles, K.S., Chandra, A.** (2006). Geographic variation in the appropriate use of cesarean delivery. *Health Aff*, 2006, 25: w355-367
- Bailit, J.L., Love, T.E., Mercer B.** (2004). Rising cesarean rates: Are patients sicker? *Am J Obstet Gynecol*, 2004, 191: 800-803
- Baksu, B., Davas, I., Agar, E., Akyol, A., Varolan, A.** (2007). The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J*, 2007, 18: 401-406
- Baldwin, L.M., Hart, L.G., Lloyd, M., Fordyce, M., Rosenblatt, R.A.** (1995). Defensive medicine and obstetrics. *JAMA*, 1995, 274: 1606-1610
- Bamigboye, A.A., Hofmeyr, G.J.** (2010). Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, Issue 7. Art. Online-Dokument: <http://www.thecochrane-library.com> (Abruf am 1.03.2011)
- Barre, F.** (2000). Bildungskonzept 2000 – Hebammenausbildung an der Fachhochschule. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2000, 3: 123-126
- Barrett, G., Peacock, J., Victor, C.R., Manyonda, I.** (2005). Cesarean Section and Postnatal Sexual Health. *Birth*, 2005, 32: 306-311
- Barros, F.C., Victora, C.G., Barros, A.J., Santos, I.S., Albernaz, E., Matijasevich, A., Domingues, M.R., Sclowitz, I.K., Hallal, P.C., Silveira, M.F., Vaughan, J.P.** (2005). The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet*, 2005, 365: 847-854
- Bartens, W., Bohsem, G.** (2010). Peter Sawicki. Pharmakritiker muss Posten räumen. *Süddeutsche Zeitung*. Online-Dokument: <http://www.sueddeutsche.de/>

- wissen/peter-sawicki-pharmakritiker-muss-posten-raeumen-1.67087 (Abruf am 2.11.2011)
- Bauer, H.** (2006). Die künftige Krankenhausentwicklung aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. In: Thiede, A., Gassel, H.-J. (Hrsg.). Krankenhaus der Zukunft (S.15-25). Heidelberg: Kaden
- Baumann, E.** (2000). Die Vereinnahmung des Individuums im Universalismus: Vorstellungen von Allgemeinheit illustriert am Begriff der Menschenwürde und an Regelungen zur Abtreibung. Münster, Hamburg, London: Lit
- Baumgart, J.** (2010). Ärzte und informierte Patienten. Ambivalentes Verhältnis. Dtsch Ärztebl, 2010, 51-52: C 2173-2175
- Baumgärtner, B., Schach, C.** (2010). Wunschkaiserschnitt – ein Tabubruch? In: Kolip, P., Lademann, J. (Hrsg.). Frauenblicke auf das Gesundheitswesen (S. 108-123). Weinheim: Juventa
- Baumgärtner, B., von Rahden, O.** (2010). Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe. Zwischen Ultraschall und Wehenschreiber. In: Kolip, P., Lademann, J. (Hrsg.). Frauenblicke auf das Gesundheitswesen (S. 90-107). Weinheim: Juventa
- Baumgärtner, B.** (2007). Initiative gegen Angst und Hilflosigkeit. Hebammenforum, 2007, 7: 538-542
- Baumhäkel, M., Müller, U., Böhm, M.** (2009). Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. Eur J Heart Fail, 2009, 11: 299-303
- BDH** (Bund Deutscher Hebammen e.V.) (2010). Expertise des Bundes Deutscher Hebammen e.V. im Rahmen der Anhörung vor dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24. August 2006 in Berlin zum Thema: „Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen im Sinne einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung“. Online-Dokument: [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Aktuelles/2007/Dokumentation-Anhoerung/Bund\\_Deutscher\\_Hebammen.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2007/Dokumentation-Anhoerung/Bund_Deutscher_Hebammen.pdf) (Abruf am 12. 02.2011)
- Beauchamp, T.L., Childress, J.K.** (2009). Principles of Biomedical Ethics. Oxford, New York: Oxford University
- Béhague, D.P.** (2002). Beyond the simple economics of cesarean section. Birthing: Women's resistance to social in-equality. Culture, Medicine and Psychiatry, 2002, 26: 473-507
- Belizán, J.M., Althabe, F., Barros, F.C., Alexander, S.** (1999). Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. BMJ, 1999, 319: 1397-1400
- Beller, F.K.** (2006). Von der Wunschsectio zur Präventivsectio. Oder: die Neubewertung der Indikation zum Kaiserschnitt. Frauenarzt, 2006 47: 94-96
- Bender, H.G., Vetter, K.** (2008). Das Umfeld moderner Geburtshilfe. Gynäkologe, 2008, 1: 5-6
- Bender, D.** (2002). Probleme des ärztlichen Haftungsrechtes und der Interpretation der Aufklärung. Gynäkologe, 2002, 4: 403-406
- Benedetti, T.J., Baldwin, L.M., Skillman, S.M., Andrilla, C.H., Bowditch, E., Carr, K.C., Myers, S.J.** (2006). Professional liability issues and practice patterns of obstetric providers in Washington State. Obstet Gynecol, 2006, 107: 1238-1246
- Berchtold, C.M.** (2012). Medizinische Arbeitsteilung. Was juristisch zu beachten ist. Dtsch Ärztebl, 2012, 15: C 1237-1238

- Berg, D., Gaibler, T.** (2011). Organisation der Behandlung aus rechtlicher Sicht. *Gynäkologe*, 2011, 44: 347-352
- Berg, H.G.** (2008). Risikomanagement durch das geburtshilfliche Team. *Gynäkologe*, 2008, 1: 11-20
- Berger, H., Stock, C.** (2008). Grundlagen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. In: Schmidt-Rettig, B., Eichhorn, S. (Hrsg.). *Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts* (S.3-35). Stuttgart: Kohlhammer
- Berger, M., Sachs, B.P.** (2006). Maternal mortality With Caesarean delivery in Massachusetts (1995-2003) and a Review of the Literature. In: NIH (National Institute of Health) (Hrsg.). *National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: Cesarean delivery on maternal request March 27-29, 2006* (S.36-40). Online-Dokument: <http://consensus.nih.gov/2006/cesareanabstracts.pdf> (Abruf am 8.03.2011)
- Bergeron, V.** (2007). The ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologists' position on patient-choice surgery. *Bioethics*, 2007, 21: 478-487
- Bergholt, T., Østberg, B., Legarth, J., Weber, T.** (2004). Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2004, 83: 262-266
- Bergmann, B.** (2012). Personalmanagement im Krankenhaus. Mitarbeiterorientierung ist Chefsache. *Dtsch Ärztebl*, 2012, 6: C 239-240
- Berthold, H.K., Gouni-Berthold, I., Bestehorn, K.P., Böhm, M., Krone, W.** (2008). Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care. *J Intern Med*, 2008, 264: 340-350
- Bestmann, B., Rohde, V., Wellmann, A., Küchler, T.** (2004). Berufsreport 2003. Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. *Dtsch Ärztebl*, 2004, 1-2: B24-28
- Bettes, B.A., Coleman, V.H., Zinberg, S., Spong, C.Y., Portnoy, B., DeVoto, E., Schulkin, J.** (2007). Cesarean Delivery on Maternal Request. Obstetrician-Gynecologists' Knowledge, Perception, and Practice Patterns. *Obstet Gynecol*, 2007, 109: 57-66
- Betzler, M., Hartwig, R.** (2006). Ambulante und stationäre Vernetzung (Integrierte Versorgung). In: Thiede, A., Gassel, H.-J. (Hrsg.). *Krankenhaus der Zukunft* (S.547-554). Heidelberg: Kaden
- Bewley, S., Cockburn, J.** (2002a). I. The unethics of 'request' caesarean section. *BJOG*, 2002, 109: 593-596
- Bewley, S., Cockburn, J.** (2002b). II. The unfacts of 'request' caesarean section. *BJOG*, 2002, 109: 597-605
- Bewley, S.** (1996). Obstetrician's views on caesarean section versus vaginal birth. *Lancet*, 1996, 347: 1189
- Bey, T.** (2003). Berufshaftpflicht in den USA. Überzogene Ansprüche. *Dtsch Ärztebl*, 2003, 37: A 2350-2352
- Bittlingmayer, U.H.** (2012). Wissensüberflutung? Zum komplexen Zusammenhang von Wissen, Herrschaft und Ungleichheit im Gesundheitsbereich. *impulse*, 2012, 74: 9-10
- Blum, K., Offermanns, M., Perner, P.** (2008). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2008. Online-Dokument: [http://www.dkgev.de/media/file/5111.Bericht\\_KH\\_Barometer\\_2008.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/5111.Bericht_KH_Barometer_2008.pdf) (Abruf am 6.04.2011)
- BMJ.** Bundesministerium der Justiz (2010). Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbe-gesetz – HWG). Online-Dokument:

- <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/heilmwerbg/gesamt.pdf> (Abruf am 1.12.2010)
- Bock, R.-W.** (2008). Juristischer Notfallkoffer. Hebammenforum, 2008, 6: 445-449
- Bock von Wülfingen, B.** (2010). Wie Kinderlosigkeit zu einem medizinisch zu lösenden Problem wird. In: Kolip, P., Lademann, J. (Hrsg.). Frauenblicke auf das Gesundheitswesen (S. 73-89). Weinheim: Juventa
- Böcken, J., Braun, B. Schnee, M.** (2004). Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Böhm, K., Müller, M.** (2009). Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens. RKI in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (Hrsg.) Heft 45. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online-Dokument: [http://www.rki.de/cln\\_160/nn\\_1403594/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/ausgaben\\_\\_finanzierung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ausgaben\\_financeierung.pdf](http://www.rki.de/cln_160/nn_1403594/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/ausgaben__finanzierung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ausgaben_financeierung.pdf) (Abruf am 24.10.2010)
- Böhlke, R., Söhnle, N., Viering, S.** (2005). Konzentriert, Marktorientiert, Saniert Gesundheitsversorgung 2020. Online-Dokument: [http://www.rsf.uni-greifswald.de/fileadmin/mediapool/lehrstuehle/flessa/Gesundheitsversorgung\\_2020.pdf](http://www.rsf.uni-greifswald.de/fileadmin/mediapool/lehrstuehle/flessa/Gesundheitsversorgung_2020.pdf) (Abruf am 5.11.2010)
- Bogner, A., Menz, W.** (2009a). Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder (S.7-31). Wiesbaden: VS
- Bogner, A., Menz, W.** (2009b). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder (S.61-98). Wiesbaden: VS
- Bogner, A., Menz, W.** (2005). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung (S.33-70). Wiesbaden: VS
- Bortz, J., Döring, N.** (2002). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg: Springer
- Bos, L.** (2007). Preface. In: Bos, L. and Blobel, B. (eds.). Medical and Care Compunetics 4 (Studies in Health Technology and Informatics, 127) (p. vii). Amsterdam: IOS Press
- Bost, B.W.** (2003). Cesarean delivery on demand: What will it cost? Am J Obstet Gynecol, 2003, 188: 1418-1423
- Bourdieu, P.** (1990). Was heißt sprechen? Die Ökonomie des sprachlichen Tausches. Wien: Braumüller
- Bourdieu, P.** (1982). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- BQS** (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH) (2009). BQS-Bundesauswertung 2009. Online-Dokument: <http://www.bqs-outcome.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/buaw/prozess> (Abruf am 7.12.2010)
- BQS** (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH) (2004). BQS-Bundesauswertung 2004. Online-Dokument: <http://www.bqs-outcome.de/2003/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/bundesauswertung/prozess/Buaw-2003-16n1-prozess-02.pdf/view> (Abruf am 7.12.2010)
- Braun, B.** (2005). Wunsch und Wirklichkeit der Rolle von Versicherten- und Patientenwahrnehmungen in der Gesundheitspolitik. In: Helmert, U., Schumann,



- H., Jansen-Bitter, H. (Hrsg.). Souveräne Patienten? Die Wiederentdeckung des Patienten im 21. Jahrhundert. (S.211-228). Augsburg: Maro
- Braun, B., Kühn, H., Reiners, H.** (1998). Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main: Fischer
- Breuer, F., Mruck, K., Roth, W.-M.** (2002). Subjektivität und Reflexivität: Eine Einleitung. Forum Qualitative Sozialforschung. Vol.3, No.3, Art.9. Online-Dokument: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs> (Abruf am 8.08.2011)
- Brinkschulte, E.** (2006). Historische Einführung: Medizinstudium und ärztliche Praxis von Frauen in den letzten zwei Jahrhunderten. In: Dettmer, S., Kaczmarczyk, G., Bühren, A. (Hrsg.). Karriereplanung für Ärztinnen (S.9-35). Heidelberg: Springer
- Brocklehurst, P., Quigley, M., Ayers, S., Juszczak, E., Anderson, E., Bowler, U., Davis, R., Gallagher, M., Tully, L., Gates, S., Nardin, J.M., Quigley, M., Tyndel, S., Anthony, J., Ashworth, F., Chevassut, A., Derrick, D.C., Hurley, P., Alfirevic, Z., Bewley, S., Darbyshire, J., Deeks, J.** (2010). Caesarean section surgical techniques: a randomised factorial trial (CAESAR). BJOG, 2010, 117: 1366-1376
- Brown, H.S.** (1996). Physician demand for leisure: implications for cesarean rates. JHE, 1996, 15: 233-242
- Brown, G.W., Russell, I.F.** (1995). A survey of anaesthesia for caesarean section. Int J Obstet Anesth, 1995, 4: 214-218
- Bryant, J., Porter, M., Tracy, S.K., Sullivan, E.A.** (2007). Caesarean birth: consumption, safety, order, and good mothering. Soc Sci Med, 2007, 65: 1192-1201
- Buchsbaum, G.M., Chin, M., Glantz, C., Guzick, D.** (2002). Prevalence of Urinary Incontinence and associated Risk Factors in a Cohort of Nuns. Obstet Gynecol, 2002, 100: 226-229
- Bühren, A., Eckert, J.** (2011). „Feminisierung“ der Ärzteschaft. Überschätzter Effekt. Dtsch Ärztebl, 2009, 37: C 968-970
- Bührsch, N.** (2011). Was ist Burnout? Symptome, Erkennung und Möglichkeiten der Prävention. Online-Dokument: <http://www.klinikaerzte.org> (Abruf am 29.6.2012)
- Büttner, H.H.** (2008). Geburtshilfe im Wandel? Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern, 2008, 18: 337-340
- Bujold, E., Goyet, M., Marcoux, S., Brassard, N., Cormier, B., Hamilton, E., Abdous, B., Sidi, E.A., Kinch, R., Miner, L., Masse, A., Fortin, C., Gagné, G.P., Fortier, A., Bastien, G., Sabbah, R., Guimond, P., Roberge, S., Gauthier, R.J.** (2010). The role of uterine closure in the risk of uterine rupture. Obstet Gynecol, 2010, 116: 43-50
- Bujold, E., Bujold, C., Hamilton, E.F., Harel, F., Gauthier, R.J.** (2002). The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture. Am J Obstet Gynecol, 2002, 186: 1326-1330
- Burgdorf, F., Kleudgen, S., Diel, F.** (2009). Pay For Performance. Wege zur qualitätsorientierten Vergütung. Dtsch Ärztebl, 2009, 44: C 1837
- Burmann, S., Malzahn, J., Wehner, C.** (2008). Kliniken in Not? G+G. Gesundheit und Gesellschaft, 2008, 6: 30-35
- Burns, L.R., Geller, S.E., Wholey, D.R.** (1995). The Effect of Physician-Factors on the Cesarean Section Decision. Med Care, 1995, 33: 365
- Burrows, L.J., Meyn, L.A., Weber, A.M.** (2004). Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. Obstet Gynecol, 2004, 103: 907-912
- Butler, J.** (1995). Körper von Gewicht. Berlin: Berlin Verlag
- Butler, J.** (1991). Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt/Main: Suhrkamp

- Buxel, H.** (2009). Der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden. Dtsch Ärztebl, 2009, 37: C 1506-1509
- Cakmak, H., Kuguoglu, S.** (2007). Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: an observational study using the LATCH breastfeeding charting system. Int J Nurs Stud, 2007, 44: 1128-1137
- Carter, F.A., Frampton, C.M., Mulder, R.T.** (2006). Cesarean Section and Postpartum Depression: A Review of the Evidence Examining the Link. Psychosom Med, 2006, 68: 321-330
- CDC** (Centers for Disease Control and Prevention) (2006). Rates of cesarean delivery among Puerto Rican women – Puerto Rico and the U.S. mainland, 1992-2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2006, 55: 68-71
- CDC** (Centers for Disease Control and Prevention) (2001). National Center for Health Statistics. Healthy People 2000 Final Review. Online-Dokument: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hp2000/hp2k01.pdf> (Abruf am 8.03.2011)
- Cepický, P., Stembera, Z., Zeman, J., Lomicková, T., Mandys, F.** (1991). When is it possible to meet the wish of a woman to terminate her labour by caesarean section? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1991, 38: 109-112
- Cesaroni, G., Forastiere, F., Perucci, C.A.** (2008). Are cesarean deliveries more likely for poorly educated parents? A brief report from Italy. Birth, 2008, 35: 241-244
- Chaillet, N., Dumont, A.** (2007). Evidence-Based Strategies for reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. Birth, 2007, 34: 53-64
- Chaoui, R., Rake, A., Huch, R., Huch, A.** (2001). Die Technik der Sectio caesarea: Ergebnisse einer Umfrage. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). Sectio caesarea (S.152-156). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Chan, A., Keane, R.J., Scott, J.** (1996). Elective caesarean section and child deprivation. The Lancet, 1996, 347: 1196
- Chandharan, E., Arulkumaran, S.** (2006). Medico-legal problems in obstetrics. Curr Obstet Gynecol, 2006, 16: 206-210
- Charim, I.** (2012). Wie Privatisierung die politische Klasse korrumpiert. Mars an Erde. taz, 27.3.2012: 17
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T.** (1999a). Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med, 1999, 49: 651-661
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T.** (1999b). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ, 1999, 319: 780-782
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T.** (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). Soc Sci Med, 1997, 44: 681-692
- Charles, C., DeMaio, S.** (1993). Lay participation in health care decision making: a conceptual framework. J Health Polit Policy Law, 1993, 18: 881-904
- Chauhan, S.P., Chauhan, V.B., Cowan, B.D., Hendrix, N.W., Magann, E.F., Morrison, J.C.** (2005). Professional liability claims and Central Association of Obstetricians and Gynecologists members: myth versus reality. Am J Obstet Gynecol, 2005, 192:1820-1826
- Chelmow, D., Huang, E., Strohbehn, K.** (2002). Closure of the subcutaneous dead space and wound disruption after Cesarean delivery. J Matern Fetal Neonatal Med, 2002, 11: 403-408

- Chen, C.S., Lin, H.C., Liu, T.C., Lin, S.Y., Pfeiffer, S.** (2008). Urbanization and the likelihood of a cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2008, 141: 104-110
- Chen, C.H., Wang, S.Y.** (2002). Psychosocial Outcomes of Vaginal and Cesarean Births in Taiwanese Primiparas. *Res Nurs Health*, 2002, 25: 452-458
- Chervenak, J.L.** (2007). Overview of professional liability. *Clin Perinatol*, 2007, 34: 227-232
- Chigbu, C.O., Ezeome, I.V., Iloabachie, G.C.** (2007). Cesarean section on request in a developing country. *Int J Gynaecol Obstet*, 2007, 96: 54-56
- Childbirth Connection** (2008). NIH Cesarean Conference: Interpreting Meeting and Media Reports (Updated, 10/2006). Online-Dokument: <http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ClickedLink=743&ck=10375&area=2> (Abruf am 8.03.2011)
- Christen, R.N., Alder, J., Bitzer, J.** (2008). Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations. *Soc Sci Med*, 2008, 66: 1474-1483
- Christilaw, J.E.** (2006). Cesarean section by choice: Constructing a reproductive rights framework for the debate. *Int J Gynaecol Obstet*, 2006, 94: 262-268
- Chung, A., Macario, A., El-Sayed, Y.Y., Riley, E.T., Duncan, B., Druzin, M.L.** (2001). Cost-Effectiveness of a Trial of Labor After Previous Cesarean. *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 97: 932-941
- Clade, H.** (1999). Gesundheitsreform / Krankenhäuser. Kassen wollen das Sagen haben. *Dtsch Arztebl*, 1999, 15: A 455-456
- Clark, S.L., Belfort, M.A., Byrum, S.L., Meyers, J.A., Perlin, J.B.** (2008). Improved outcomes, fewer caesarean deliveries, and reduced litigation: results of a new paradigm in patient safety. *Am J Obstet Gynecol*, 2008, 199: 105.e1-105.e7
- Clark, S.L., Hankins, G.D.** (2003). Temporal and demographic trends in cerebral palsy – fact and fiction. *Am J Obstet Gynecol*, 2003, 188: 628-633
- Clark, S.L., Scott, J.R., Porter, T.F., Schlappy, D.A., McClellan, V., Burton, D.A.** (2000). Is vaginal birth after caesarean less expensive than repeat caesarean delivery? *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 182: 599-602
- Clarke, S.C., Taffel, S.** (1995). Changes in Cesarean Delivery in the United States, 1988 and 1993. *Birth*, 1995, 22: 63-67
- Collis, R.E., Morgan, B.M.** (1995). Regional anaesthesia and obstetrics. *Curr Obstet Gynaecol*, 1995, 5: 91-97
- Cooke, I.E., Annan, B., MacKenzie, I.Z.** (1998). Has 'Changing Childbirth' increased Cesarean section rates? *Br J Obstet Gynaecol*, 1998, 105: 65
- Coulson, C.C., Cain, J.M.** (1999). Medical/legal/ethical aspects of Cesarean section. *Curr Obstet Gynecol*, 1999, 9: 53-54
- Coulter, A., Magee, H.** (2003). The European Patient of the Future. Maidenhead: Open University
- Coulter, A., Entwistle, V., Gilbert, D.** (1999). Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ*, 1999, 318: 318-322
- Culligan, P.J., Myers, J.A., Goldberg, R.P., Blackwell, L., Gohmann, S.F., Abell, T.D.** (2005). Elective cesarean section to prevent anal incontinence and brachial plexus injuries associated with macrosomia – a decision analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2005 Jan-Feb;16: 19-28
- Cyr, R.M.** (2006). Myth of the ideal caesarean section rate: Commentary and historic perspective. *Am J Obstet Gynecol*, 2006, 194: 932-936

- Da-Cruz, P., Hermann, T.** (2010). Die vernachlässigte Dimension. Dtsch Ärztebl, 2010, 13: C 535-536
- Dahlgren, L.S., von Dadelszen, P., Christilaw, J., Janssen, P.A., Lisonkova, S., Marquette, G.P., Liston, R.M.** (2009). Caesarean section on maternal request: risks and benefits in healthy nulliparous women and their infants. J Obstet Gynaecol Can, 2009, 31: 808-817
- Dannecker, C., Anthuber, C.** (2000). The effects of childbirth on the pelvic-floor. J Perinat Med, 2000, 28: 175-184
- Darj, E, Nordstrom, M. L.** (1999). The Misgav-Ladach method for cesarean section compared to the Pfannenstiel method. Acta Obstet Gynecol Scand, 1999, 78: 37-41
- David, M., Kentenich, H.** (2008). Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung. Gynäkologe, 2008, 41: 21-27
- Davis-Floyd, R.** (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. Int J Gynaecol Obstet, 2001, 75: S5-S23
- Declercq, E., Cunningham, D.K., Johnson, C., Sakala, C.** (2008). Mothers' Reports of Postpartum Pain Associated with Vaginal and Cesarean Deliveries: Results of a National Survey. Birth, 2008, 35: 16-24
- Declercq, E., Menacker, F., MacDorman, M.** (2006). Maternal risk profiles and the primary cesarean rate in the United States, 1991-2002. Am J Public Health, 2006, 96: 867-872
- Declercq, E., Norsigian, J.** (2006). Mothers aren't behind a vogue for caesareans. Boston Globe, 2006, Apr 3. Online-Dokument: [http://www.boston.com/news/globe/editorial\\_opinion/oped/articles/2006/04/03/mothers\\_arent\\_behind\\_a\\_vogue\\_for\\_caesareans/](http://www.boston.com/news/globe/editorial_opinion/oped/articles/2006/04/03/mothers_arent_behind_a_vogue_for_caesareans/) (Abruf 8.03.2011)
- Declercq, E., Menacker, F., MacDorman, M.** (2005). Rise in "no indicated risk" primary caesareans in the United States, 1991-2001: cross sectional analysis. BMJ, 2005, 330: 71-72
- De Jong, T., Kemmler, G.** (2003). Kaiserschnitt – Wie Narben an Bauch und Seele heilen können. München: Kösel
- Dekkers, F.** (1997). Niederlande – Patienten als Partner im Gesundheitswesen. In: Kranich, C., Böcken, J. (Hrsg.). Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa (S.62-68). Baden-Baden: Nomos
- De Mello E Souza, C.** (1994). C-sections as Ideal Birth: The Cultural Constructions of Beneficence and Patients' Rights in Brazil. Camb Q Healthc Ethics, 1994, 3: 358-366
- DeMott, R.K., Sandmire, H.F.** (1990). The Green Bay cesarean section study: I. The physician factor as a determinant of cesarean birth rates. Am J Obstet Gynecol, 1990, 162: 1593-1602
- Deneux-Tharaux, C., Carmona, E., Bouvier-Colle, M.H., Bréart, G.** (2006). Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. Obstet Gynecol, 2006, 108: 541-548
- Derosé, K.P., Hays, R.D., McCaffrey, D.F., Baker, D.W.** (2001). Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? J Gen Intern Med, 2001, 16: 218-226
- Destatis.** Statistisches Bundesamt (2011). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2009. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Online-Dokument: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611097004,property=file.pdf> (Abruf am 29.04.2011)

- Destatis.** Statistisches Bundesamt (2010a). 2009: Weniger Geburten und Sterbefälle, Eheschließungen konstant. Online-Dokument: [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/05/PD10\\_\\_176\\_\\_126.psml](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/05/PD10__176__126.psml) (Abruf am 29.10.2010)
- Destatis.** Statistisches Bundesamt (2010b). Kaiserschnitt und Co: Operationen und Behandlungen in Krankenhäusern. Online-Dokument: [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Publikationen/STAMagazin/2010/Gesundheit2010\\_\\_02,templateId=renderPrint.psml\\_\\_nnn=true](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Publikationen/STAMagazin/2010/Gesundheit2010__02,templateId=renderPrint.psml__nnn=true) (Abruf am 29.11.2010)
- Destatis.** Statistisches Bundesamt (2009). Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.3. Online-Dokument: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1024877> (Abruf am 29.10.2010)
- Destatis.** Statistisches Bundesamt (2008a). Beschäftigung im Gesundheitswesen steigt weiter an. Online-Dokument: [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/12/PD08\\_\\_490\\_\\_23621.psml](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/12/PD08__490__23621.psml) (Abruf am 29.10.2010)
- Destatis.** Statistisches Bundesamt (2008b). Krankenhauslandschaft im Umbruch. Online-Dokument: [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2008/Krankenhaeuser/begleitheft\\_\\_krankenhaeuer,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2008/Krankenhaeuser/begleitheft__krankenhaeuer,property=file.pdf) (Abruf am 29.11.2010)
- Dettmer, S., Kuhlmeier, A., Scholz, S.** (2010). Karriere- und Lebensplanung. Gehen oder bleiben? Dtsch Ärztebl, 2010, 1-2: C 26-27
- Dettmer, S., Grote, S., Hoff, E.-H., Hohner, H.-U.** (1999). Zum Stand der Professionsentwicklung und zum Geschlechterverhältnis in Medizin und Psychologie. Berichte aus dem Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie der FU Berlin, Nr. 13. Online-Dokument: <http://psydok.sulb.uni-saarland.de> (Abruf am 27.03.2009)
- Deutsche Rentenversicherung Bund, BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, DAK Deutsche Angestellten-Krankenkasse, KKH-Allianz, hkk** (2011). Sozialwahl 2011. Zukunft wählen. Online-Dokument: <http://www.sozialwahl.de/ergebnisse-der-sozialwahl-2011.html> (Abruf am: 29.08.2012)
- Dewey, K.G., Nommsen-Rivers, L.A., Heinig, M.J., Cohen, R.J.** (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. Pediatrics, 2003, 112: 607-619
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J.** (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. Lancet, 2001, 357: 757-762
- Diefert, K., Rapp, B.** (2008). DRG-Dokumentation. Hoffnung für genervte Ärzte. Dtsch Ärztebl, 2008, 3: C 109-110
- Dierks, M.-L., Schwartz, F.W.** (2003). Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Schwartz F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (S.314-321). München, Jena: Urban & Fischer
- Dierks, M.-L., Seidel, G., Horch, K., Schwartz, F.W.** (2006). Bürger- und Patientenorientierung. Robert-Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 32. Online-Dokument: [http://edoc.rki.de/documents/rki\\_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/22wKC7IPbmP4M\\_G38.pdf](http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/22wKC7IPbmP4M_G38.pdf) (Abruf am 20.11.2011)
- Dierks, M.-L., Siebeneick, S., Röseler, S.** (2003). Patienten, Versicherte, Kunden – eine neue Definition des Patienten? In: Dierks, M.-L., Bitzer, E.-M., Lerch, M., Martin, S., Röseler, S., Schienkiewitz, A., Siebeneick, S., Schwartz F. W.

- (Hrsg.). Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt (S.4-26). Online-Dokument: [http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/epi/Arbeitsschwerpunkte/Patienten\\_und\\_Konsumenten/downloads/gutachten.pdf](http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/epi/Arbeitsschwerpunkte/Patienten_und_Konsumenten/downloads/gutachten.pdf) (Abruf am 20.11.2011)
- Dierks, C.** (2001). Elektive Sectio. Rechtliche Aspekte zwischen Wunsch und Wirklichkeit. *gynäkologie + geburtshilfe*, 2001, 2: 52-55
- Dieterich, A.** (2006). Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll ...Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Online-Dokument: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2006/i06-310.pdf> (Abruf am 1.08.2012)
- Dietl, J.** (2001). Geburtenentwicklung: Weiterer Rückgang zu erwarten. *Dtsch Ärztebl*, 2001, 98: A 1234-1237
- Dietz, H.P., Wilson, P.D.** (2005). Childbirth and pelvic floor trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2005, 19: 913-924
- DiMaio, H., Edwards, R. K., Euliano, T.Y., Treloar, R.W., Cruz, A. C.** (2002). Vaginal birth after caesarean delivery: An historic cohort cost analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, 186: 890-892
- DIR** (Deutsches IVF-Register e.V.) (2009). D.I.R. – Jahrbuch 2008. Online-Dokument: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2008.pdf> (Abruf am 18.02.2011)
- Dodd, J.M., Anderson, E.R., Gates, S.** (2008). Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, Issue 3. Online-Dokument: <http://www.thecochrane library.com> (Abruf am 1.03.2011)
- Doherty, E.G., Eichenwald, E.C.** (2004). Cesarean delivery: emphasis on the neonate. *Clin Obstet Gynecol*, 2004, 47: 332-341
- Donner-Banzhoff, N.** (2012). Arzt und Patient. Archäologie einer Beziehung. *Dtsch Ärztebl*, 2012, 42: C 1662-1665
- Donovan, B., Allen, R.M.** (1977). The Cesarean Birth Method. *JOGN Nursing*, 1977 (11/12): 37-48
- Doumouchsis, S.K., Arulkumaran, S.** (2009). Einfluss der CTG-Überwachung auf das kindliche Outcome. Bilanz nach 40 Jahren Debatte. *Gynäkologe*, 2009, 42: 336-342
- dpa** (2010). Karl ist das erste Baby des neuen Jahres. Online-Dokument: <http://www.ostsee-zeitung.de> (Abruf am 1.12.2010)
- Dresner, M.R., Freeman, J.M.** (2001). Anaesthesia for caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2001, 15: 127-143
- Druzin, M.L., El-Sayed, Y.Y.** (2006). Cesarean Delivery on Maternal Request: Wise Use of Finite Resources? A View from the Trenches. *Semin Perinatol*, 2006, 30: 305-308
- Dubay, L., Kaestner, R., Waidmann, T.** (1999). The impact of malpractice fears on cesarean section rates. *J Health Econ*, 1999, 18: 491-522
- Dudding, T.C., Vaizey, C.J., Kamm, M.A.** (2008). Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. *Ann Surg*, 2008, 247:224-237
- Duden, B.** (2010). Frauen-„Körper“: Erfahrung und Diskurs (1970-2004). In: Becker, R., Kortendiek, B. (Hrsg.). *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie* (S.601-616). Wiesbaden: VS
- Duden, B.** (2008). Gebären ohne Angst. Wie kamen Schwangerschaft und Geburt unter das Diktat des Risikomanagements? *Hebammenforum*, 2008, 3: 11-14

- Dudenhausen, J.W.** (2008). Sachliche Anforderungen an die ärztliche Qualifikation zur Geburtsbegleitung. *Gynäkologe*, 2008, 41: 7-10
- Dudenhausen, J. W.** (2003). Elektive primäre Sectio. *Gynäkologe*, 2003, 36: 907-908
- Dudenhausen, J. W.** (2001). Absolute und relative Sectio-Indikation. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). *Sectio caesarea* (S.80-81). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Dyson, R.D.** (2010). The fifteen minute cesarean delivery *Am J Obstet Gynecol*, 2010, 203: e18
- Eckart, W. U.** (2001). *Geschichte der Medizin*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Eckerlund, I., Gerdtham, U.G.** (1999). Estimating the effect of cesarean section rate on health outcome. Evidence from Swedish hospital data. *Int J Technol Assess Health Care*, 1999, 15: 123-135
- Eckerlund, I., Gerdtham, U.G.** (1998). Econometric analysis of variation in casarean section rates. A cross-sectional study of 59 obstetrical departments in Sweden. *Int J Technol Asses Health Care*, 1998, 14 (4): 774-787
- Edwardes, C.** (2009). The new "natural" Caesarean. With more babies being born by Caesarean section, a new movement is campaigning to make the event a more "natural" experience. *The Times*, April 4, 2009. Online-Dokument: [http://www.timesonline.co.uk/tol/life\\_and\\_style/health/article6028478.ece](http://www.timesonline.co.uk/tol/life_and_style/health/article6028478.ece) (Abruf am 3.03.2011)
- Edwards, A., Elwyn, G.** (2009). Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice. Online-Dokument: [http://fds.oup.com/www.oup.com/pdf/13/9780199546275\\_chapter1.pdf](http://fds.oup.com/www.oup.com/pdf/13/9780199546275_chapter1.pdf) (Abruf am 19.07.2012)
- Edwards, A., Elwyn, G., Covey, J., Matthews, E., Pill, R.** (2001). Presenting risk information – a review of the effects of "framing" and other manipulations on patient outcomes. *J Health Commun*, 2001; 6: 61-82
- Eidenschink, S.** (2004). Die Wunschsectio. Ergebnisse einer Umfrage unter 1666 Gynäkologinnen und Gynäkologen in Bayern. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilian-Universität zu München. Online-Dokument: [http://edoc.ub.uni-muenchen.de/2793/1/Eidenschink\\_Susanne.pdf](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/2793/1/Eidenschink_Susanne.pdf) (Abruf am 03.08.2012)
- Ekström, A., Altman, D., Wiklund, I., Larsson, C., Andolf, E.** (2008). Planned cesarean section versus planned vaginal delivery: comparison of lower urinary tract symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2008, 19: 459-465
- Emanuel, E.J., Emanuel, L.L.** (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 1992; 267: 2221-2226
- Emmett, C.L., Shaw, A.R., Montgomery, A.A., Murphy, DJ.** (2006). Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. *BJOG*, 2006, 113: 1438-1445
- Engel, G.L.** (1996). Wie lange noch muss sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen? In: Adler, R.H., Hermann, J.M., Köhle, K., Schonecke, O.W., v. Uexküll T., Wesiack W. (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin* (S. 3-11). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarz
- Entwistle, V.A., Watt, I.S.** (2006). Patient involvement in treatment decision-making: The case for a broader conceptual framework. *Patient Educ Couns*, 2006, 63: 268-278
- Ernst, J., Holze, S., Sonnefeld, C., Götze, H., Schwarz, R.** (2007). Medizinische Entscheidungsfindung im Krankenhaus – Ergebnisse einer explorativen Studie

- zum Stellenwert des shared-decision-making aus Sicht der Ärzte. Medical Decision Making in Hospital – Results of an Exploratory Study on the Value of Shared Decision Making from Physicians Point of View. Gesundheitswesen, 2007, 69: 206-215
- Ernst, J., Schwarz, R.** (2006). Patienten im medizinischen Entscheidungsprozess – Befunde und Fragen zum Shared-Decision-Making bei Tumorkranken. Brandenburgisches Onkologieforum, 2006, 4: 28-32
- Faas-Fehervary, P., Schwarz, K., Bauer, L., Melchert, F.** (2005). Caesarean section on demand: Influence of personal birth experience and working environment on attitude of German gynaecologists. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2005, 122: 162-166
- Fabri, R.H., Murta, E.F.C.** (2001). Socioeconomic factors and cesarean section rates. Int J Gynecol Obstet, 2001, 76: 87-88
- Faridi, A., Willis, S., Schumpelick, V., Rath, W.** (2002). Anale Inkontinenz nach vaginaler Geburt. Ein Argument für den Kaiserschnitt auf Wunsch? Dtsch Ärztebl, 2002, 99: A 42-48
- Farrell, S.A., Allen, V.M., Baskett, T.F.** (2001). Parturition and urinary incontinence in primiparas. Obstet Gynecol, 2001, 97: 350-356
- Fasbender, H.** (1906). Geschichte der Geburtshilfe. Hildesheim: Georg Olms (1964, Reprografischer Nachdruck der Ausgabe Jena 1906)
- Faúndes, A., Guarisi, T., Pinto-Neto, A.M.** (2001). The risk of urinary incontinence of parous women who delivered only by caesarean section. Int J Gynecol Obstet, 2001, 72: 41-46
- Faúndes, A., Cecatti, J.G.** (1993). Which policy for caesarian sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. Health Policy Plan, 1993, 8: 33-42
- FDP** (Freie Demokratische Partei) (2009). Die Mitte stärken. Deutschlandprogramm 2009. Programm der Freien Demokratischen Partei zur Bundestagswahl. Online-Dokument: 2009.[http://www.deutschlandprogramm.de/files/653/Deutschlandprogramm09\\_Endfassung.PDF](http://www.deutschlandprogramm.de/files/653/Deutschlandprogramm09_Endfassung.PDF) (Abruf am 26.12.2010)
- Feige, A.** (2008). Budget und Organisationsaspekte einer geburtshilflichen Abteilung. Gynäkologe, 2008, 41: 42-48
- Feige, A.** (2001). Die Wunschsectio aus betriebs- und volkswirtschaftlicher Sicht. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.) Sectio caesarea (S.36-39). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Feldman, G.B., Freiman, J.A.** (1985). Prophylactic cesarean section at term? N Engl J Med, 1985, 312: 1264-1267
- Fenger, H.** (2003). Die Beweislast bei der wirtschaftlichen Aufklärung. Gynäkologe, 2003, 36: 921-922
- Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D.K., Bayes, S.** (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? Midwifery, 2010, 26: 394-400
- Fiehn, A., Schinnenburg, H.** (2004). Herausforderung Ärztemangel. Neue Aspekte des Personalmarketings im Krankenhaus. Dtsch Ärztebl, 2004, 10: B 518-520
- FIGO** (International Federation of Gynecology and Obstetrics) (1999). Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical aspects regarding cesarean delivery for non-medical reasons. Int J Gynecol Obstet, 1999, 64: 317-322
- Finsen, V., Storeheier, A.H., Aasland, O.G.** (2008). Cesarean Section: Norwegian Women Do as Obstetricians Do – Not as Obstetricians Say. BIRTH, 2008, 35: 117-120



- Fischer-Homberger, E.** (1979). Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber
- Flick, U.** (2005a). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt
- Flick, U.** (2005b). Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.). Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch (S.252-265). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt
- Flintrop, J.** (2010). Private Krankenversicherung. Anspruch und Wirklichkeit. Dtsch Ärztebl, 2010, 8: C 276
- Flintrop, J.** (2009). Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Die Kliniken bleiben im Fokus. Dtsch Ärztebl, 2009, 34-35: C 1379
- Flintrop, J., Osterloh, F.** (2009). Privatisierung von Krankenhäusern. Die nächste Welle kommt bestimmt. Dtsch Ärztebl, 2009, 17: C 686-689
- Flintrop, J., Rieser, S.** (2009). Der Wettbewerb setzt auch falsche Anreize. Dtsch Ärztebl, 2009, 38: C 1529
- Flintrop, J.** (2007). Der erste Stein rollt. Dtsch Ärztebl, 2007, 50: C 2921
- Foucault, M.** (1987). Das Subjekt und die Macht. In: Dreyfus, H.L., Rabinow, P. (Hrsg.). Michael Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik (S.241-261). Frankfurt/Main: Beltz Athenäum
- Foucault, M.** (1973). Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München: Carl Hauser
- Franke, D.H.** (2007). Krankenhaus-Management im Umbruch. Konzepte – Methoden – Projekte. Stuttgart: Kohlhammer
- Franzki, H.** (2004). Zusammenarbeit der Ärzte und Hebammen. Gynäkologe, 2004, 37: 21-25
- Freudenberg, U.** (2008). Rechtliche Aspekte der „Ökonomisierung“ der Medizin. In: Gethmann-Siefert, A., Thiele, F. (Hrsg.). Ökonomie und Medizinethik (S.141-203). München: Wilhelm Fink
- Friedemann, J., Schubert, H.-J., Schwappach, D.** (2009). Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: Systematische Auswertung und Handlungsbedarf. Gesundheitswesen, 2009, 71: 3-9
- Friedrich, J., Günster, C.** (2006). Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002-2004). In: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration (S.153-202). Stuttgart: Schattauer
- Friesacher, H.** (2010). Nutzerorientierung – Zur normativen Umcodierung des Patienten. In: Paul, B., Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.). Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft (S.55-72). Wiesbaden: VS Springer
- Friese, K.** (2001). Sectiotechnik – konservatives Vorgehen. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). Sectio caesarea (S.150-152). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Frøen, J.F., Arnestad, M., Frey, K., Vege, A., Saugstad, O.D., Stray-Pedersen, B.** (2001). Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. Am J Obstet Gynecol, 2001, 184: 694-702
- Fuglenes, D., Øian, P., Kristiansen, I.S.** (2009). Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? Am J Obstet Gynecol, 2009, 200: 48.e1-48.e8
- Fynes, M., Donnelly, V., O'Connell, P.R., O'Herlihy, C.** (1998). Cesarean delivery and anal sphincter injury. Obstet Gynecol, 1998, 92: 496-500

- Gabbe, S., Holzman, G.** (2001). Obstetricians' choice of delivery. *Lancet*, 2001, 357: 722
- Gäfigen, G.** (1990). Gesundheitsökonomie, Grundlagen und Anwendungen. Baden-Baden: Nomos
- Gamble, J., Creedy, D.K., McCourt, C., Weaver, J., Beake, S.** (2007). A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth*, 2007, 34: 331-340
- Gamble, J.A., Creedy, D.K.** (2001). Women's Preference for a Cesarean Section: Incidence and Associated Factors. *Birth*, 2001, 28: 101-110
- Gamble, J.A., Creedy, D.K.** (2000). Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth*, 2000, 27: 256-263
- Geller, E.J., Wu, J.M., Jannelli, M.L., Nguyen, T.V., Visco, A.G.** (2010a). Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *J Perinatol*, 2010, 30: 258-264
- Geller, E.J., Wu, J.M., Jannelli, M.L., Nguyen, T.V., Visco, A.G.** (2010b). Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *Am J Perinatol*, 2010, 27: 675-683
- General Medical Council** (1999) Protecting patients, guiding doctors. Seeking patients' consent: The ethical considerations. Online-Dokument: <http://www.gmc-uk.org> (Abruf am 30.11.2010)
- Gembris-Nübel, R.** (2008). Burnout. Erkennen, überwinden, vorbeugen. *Dr. med. Mabuse*, 2008, 174: 38-40
- Gerhardus, A.** (2012). Gesundheit für alle. Die Möglichkeiten von Evidence-based Public Health. *Dr. med. Mabuse*, 2012, 200: 29-31
- Gerlinger, T.** (2009). Ökonomisierung und korporatistische Regulierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. *G+S*, 2009, 3/4: 12-17
- Gerst, T., Hibbeler, B.** (2012). Gesundheitsfachberufe. Auf dem Weg in die Akademisierung. *Dtsch Ärztebl*, 2012, 49: C 1968-1971
- Gerst, T., Hibbeler, B.** (2010). Nichtärztliche Fachberufe im Krankenhaus. Hilfe oder Konkurrenz? *Dtsch Ärztebl*, 2010, 13: C 514-517
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes** (2012a). Gesundheitsausgaben in Deutschland. Online-Dokument: <http://www.gbe-bund.de> (Abruf am 22.10.2012)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes** (2012b). Geburten und Sterbefälle. Online-Dokument: <http://www.gbe-bund.de> (Abruf am 22.11.2012)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes** (2012c). Fachabteilungen, Betten, Fälle, Berechnungs-/ Belegungstage (jeweils Anzahl), Nutzungsgrad und Verweildauer in Krankenhäusern. Online-Dokument: <http://www.gbe-bund.de> (Abruf am 25.11.2012)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes** (2012d). Entbindungen in Krankenhäusern. Online-Dokument: <http://www.gbe-bund.de> (Abruf am 25.11.2012)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes** (2011a). Entbindungen in Krankenhäusern. Online-Dokument: <http://www.gbe-bund.de> (Abruf am 11.02.2011)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes** (2011b). Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene je 100.000 Lebend- und Totgeborene. Online-Dokument: <http://www.gbe-bund.de> (Abruf am 11.03.2011)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes** (2009). Kosten der Krankenhäuser. Online-Dokument: <http://www.gbe-bund.de> (Abruf am 19.03.2009)
- Getahun, D., Oyelese, Y., Salihu, H.M., Ananth, C.V.** (2006). Previous caesarean delivery and risks of placenta praevia and placental abruption. *Obstet Gynecol*, 2006, 107: 771-778

- Gethmann-Siefert, A.** (2008). Zum Verhältnis von Ökonomie und Medizinethik. In: Gethmann-Siefert, A., Thiele, F. (Hrsg.). Ökonomie und Medizinethik (S.9-29). München: Wilhelm Fink
- Ghetti, C., Chan, B.K., Guise, JM.** (2004). Physicians' responses to patient-requested cesarean delivery. *BIRTH*, 2004, 31: 280-284
- Gibbons, L., Belizán, J.M., Lauer, J.A., Betrán, A.P., Merialdi, M., Althabe, F.** (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. *World Health Report* (2010) background paper, No 30. Online-Dokument: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf> (Abruf am 19.02.2011)
- Giersdorf, N., Loh, A., Bieber, C., Caspari, C., Deinzer, A., Doering, T., Eich, W., Hamann, J., Heesen, C., Kasper, J., Leppert K., Müller, K., Neumann, T., Neuner, B., Rohlfing, H., Scheibler, F., van Oorschot, B., Spies, C., Vodermaier, A., Weiss-Gerlach, E., Zysno, P., Härter, M.,** (Arbeitsgruppe Methoden des BMGS-Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“) (2004). Entwicklung eines Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2004, 47: 969-976
- Gieseke, S.** (2009). Gesundheit von Ärzten. Der Beruf macht krank. *Dtsch Arztebl*, 2009, 37: C 1505
- Gimm, G.W.** (2010). The impact of malpractice liability claims on obstetrical practice patterns. *Health Serv Res*, 2010, 45: 195-211
- Ginzberg, E.** (1990). *The Medical Triangle. Physicians, Politicians, and the Public.* Harvard Univ Pr
- GKV-Spitzenverband** (2010). Beitragsentwicklung in der GKV. Online-Dokument. <http://www.gkv-spitzenverband.de> (Abruf am 25.10.2010)
- Gläser, J., Laudel, G.** (2009). Wenn zwei das Gleiche sagen... Qualitätsunterschiede zwischen Experten. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (S.137-158). Wiesbaden: VS
- Glaeske, G.** (2009). Der Gesundheitsfonds – Auswirkungen auf die Finanzierung und Versorgung. Online-Dokument: <http://www.stiftung-demokratie-saarland.de> (Abruf am 27.10.2010)
- Glaeske, G.** (2002). Patientensouveränität in alten Systemen?. In: *Summer School of Public Health 2000, 2001.* Stadt Delmenhorst. (Hrsg.). *Patientenorientierung. Public Health – verantworten und gestalten* (S. 125-148). Delmenhorst: Fink
- Gnirss, R., Buddeberg, C.** (2000). Libidoverlust nach der Geburt. *Frauenheilkunde aktuell*, 2000, 9: 27-30
- Goer, H.** (2001). The case against elective cesarean section. *J Perinat Neonatal Nurs*, 2001, 15: 23-38
- Gogarten, W., Van Aken, H., Bürkle, H., Wulf, H.** (2004). Durchführung von Regionalanästhesien in der Geburtshilfe. *Gynäkologe*, 2004, 37: 857-859
- Gogarten, W.** (2003). Spinal anaesthesia for obstetrics. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 2003, 17: 377-392
- Goldberg, L.** (2003). In the company of women: Enacting autonomy within the perinatal nursing relationship. *Nurs Ethics*, 2003, 10: 580-587
- Goldenberg, R.L., Kirby, R., Culhane, J.F.** (2004). Stillbirth: a review. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2004, 16: 79-94

- Gonen, R., Tamir, A., Degani, S.** (2002). Obstetricians' opinions regarding patient choice in cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 2002, 99: 577-580
- Gossman, G.L., Joesch, J.M., Tanfer, K.** (2006). Trends in Maternal Request Caesarean Delivery From 1991 to 2004. *Obstet Gynaecol*, 2006, 108: 1506-1516
- Goyert, G.L., Bottoms, S.F., Treadwell, M.C., Nehra, P.C.** (1989). The physician factor in cesarean birth rates. *N Engl J Med*, 1989; 320: 706-709
- Graaf, de, I., Rengerink, K.O., Wiersma, I., Donker, M., Pajkrt, E., Mol, B.W.** (2011). Techniques for wound closure at caesarean section: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynaecol*, 2011, 204: S267
- Grant, D.** (2005). Explaining Source of Payment differences in U.S. Cesarean Rates: Why do Privately Insured Mothers receive More Cesareans than Mothers Who are not Privately Insured? *HCMS*, 2005, 8: 5-17
- Graubner, B.** (2010). Diagnosen- und Prozedurenklassifikation. Stetige Weiterentwicklung ist notwendig. *Dtsch Ärztebl*, 2010, 7: C 238-241
- Graumann, S.** (2007). Fürsorge oder Dienstleistung? Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von PatientInnen. *Dr. med. Mabuse*, 2007, 165: 33-36
- Green, J.M., Baston, H.A.** (2007). Have women become more willing to accept obstetric interventions and does this relate to mode of birth? Data from a prospective study. *Birth*, 2007, 34: 6-13
- Green, J.M., Baston, H.A.** (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 2003, 30: 235-247
- Gregory, W.T., Nygaard, I.** (2004). Childbirth and pelvic floor disorders. *Clin Obstet Gynecol*, 2004, 47: 394-403.
- Gregory, K.D., Korst, L.M., Platt, L.D.** (2001). Variation in elective primary cesarean delivery by patient and hospital factors. *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 184: 1521-1532
- Gregory, K. D., Korst, L. M., Cane, P., Platt, L. D., Kahn, K.** (1999). Vaginal birth after caesarean and uterine rupture rates in California. *Am J Obstet Gynecol*, 1999, 94: 985-989
- Grill, M.** (2010). Operation Hippokrates. *Spiegel*, 2010, 11: 82-87
- Grobman, W.A., Peaceman, A.M., Socol, M.L.** (2000). Cost-Effectiveness of Elective Cesarean Delivery After One Prior Low Transverse Cesarean. *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 95: 745-751
- Grossmann, A.** (1989). Berliner Ärztinnen und Volksgesundheit in der Weimarer Republik. Zwischen Sexualreform und Eugenik. In: *Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer (Hrsg.). Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918-1945 (S.100-120)*. Berlin: Hentrich
- Groutz, A., Rimon, E., Peled, S., Gold, R., Pauzner, D., Lessing, J.B., Gordon, D.** (2004). Cesarean section: does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery. *Neurourol Urodyn*, 2004, 23: 2-6
- Gruhl, M., Klemperer, D.** (2008). Nutzerkompetenz durch Qualitätstransparenz. Steuerungskriterium für das deutsche Gesundheitswesen? *GGW*, 2008, 1: 7-17
- Gurm, H.S., Litaker, D.G.** (2000). Framing Procedural Risks to Patients: Is 99% Safe the Same Risk as a Risk of 1 in 100? *Acad Med*, 2000, 75: 840-842
- Habiba, M., Kaminski, M., Da Frè, M., Marsal, K., Bleker, O., Librero, J., Grandjean, H., Gratia, P., Guaschino, S., Heyl, W., Taylor, D., Cuttini, M.** (2006). Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG*, 2006, 113: 647-656

- Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H.** (2010). Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxis. Stuttgart: Kohlhammer
- Hakemeyer, U., Keding, G.** (1986). Zum Aufbau der Hebammenschulen in Deutschland im 18. und frühen 19. Jahrhundert. In: Beck, L. (Hrsg.). Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (S.63-88). New York, Berlin, Heidelberg: Springer
- Hall, J.A., Roter, D.L.** (1998). Medical communication and gender: a summary of research. *J Gend Specif Med*, 1998; 1: 39-42
- Haller, U., Hepp, H., Winter, R.** (2002). Sectio nach Wunsch oder elektive Sectio: Aufforderung zum Umdenken. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch*, 2002, 42: 1-3
- Hampe, H.** (2001). Hebammen und Geburtshelfer im Göttingen des 18. Jahrhunderts. Das Jahr 1751 und seine Folgen. In: Loytved, C. (Hrsg.). Von der Wehemutter zur Hebamme: Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen (S.53-61). Osnabrück: Rasch
- Handa, V.L., Harris, T.A., Ostergard, D.R.** (1996). Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*, 1996, 88: 470-478
- Hankins, G.D., Speer, M.** (2003). Defining the pathogenesis and pathophysiology of neonatal encephalopathy and cerebral palsy. *Obstet Gynecol*, 2003, 102: 628-636
- Hannah, M.E., Whyte, H., Hannah, W.J., Hewson, S., Amankwah, K., Cheng, M., Gafni, A., Guselle, P., Helewa, M., Hodnett, E.D., Hutton, E., Kung, R., McKay, D., Ross, S., Saigal, S., Willan, A.** (2004). Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynaecol*, 2004, 191: 917-927
- Hannah, M.E., Hannah, W.J., Hewson, S.A., Hodnett, E.D., Saigal, S., Willan, A.R.** Term Breech Trial Collaborative Group. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet*, 2000, 356: 1375-1383
- Hansen, A.K., Wisborg, K., Uldbjerg, N., Henriksen, T.B.** (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ*, 2008, 336: 85-87
- Hantoushzadeh, S., Rajabzadeh, A., Saadati, A., Mahdanian, A., Ashrafinia, N., Khazardoost, S., Borna, S., Maleki, M., Shariat, M.** (2009). Caesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients. *Arch Gynecol Obstet*, 2009, 280: 33-37
- Harer, W.B.Jr.** (2002). Vaginal birth after caesarean delivery: current status. *JAMA*, 2002, 287: 2627-2630
- Hark, S.** (2005). Dissidente Partizipation. Eine Diskursgeschichte des Feminismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Hark, S., Villa, P.-I.** (2010). Ambivalenzen der Sichtbarkeit – Einleitung zur deutschen Ausgabe. In: McRobbie, A. Top Girls. Feminismus und der Aufstieg des neoliberalen Geschlechterregimes (S.7-16). Wiesbaden: VS
- Harper, M.A., Byington, R.P., Espeland, M.A., Naughton, M., Meyer, R., Lane, K.** (2003). Pregnancy-related death and health care services. *Obstet Gynecol*, 2003, 102: 273-278
- Harper, V.; Hall, M.** (1991). Trends in casarean section. *Curr Obstet Gynaecol*, 1991, 1: 158-165

- Hauffe, U.** (2010). Von der Pille bis zum Kaiserschnitt – Frauenkörper zwischen Selbstbestimmung und Medikalisierung. Online-Dokument: [http:// www.gfg-bv.de/pdf/Hauffe\\_GfG-Rede\\_2010\\_10\\_09.pdf](http://www.gfg-bv.de/pdf/Hauffe_GfG-Rede_2010_10_09.pdf) (Abruf am 4.04.11)
- Hauffe, U.** (2003). Veränderungen von Arbeitskonzepten und Arbeitsplatzbedingungen. In: Vetter, K., Buddeberg, C. (Hrsg.). Feminisierung der Medizin. Interdisziplinäre Aspekte (S. 78-84). Hamburg: Akademos
- Haverkamp, A.D., Thompson, H.E., McFee, J.G., Cetrulo, C.** (1976). The evaluation of continuous fetal heart rate monitoring in high-risk pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1976, 125: 310-320
- Health-EU.** The Public Health Portal of the European Union. (2009). Perinatale Sterblichkeit (Fetal- und frühe Neonatalsterblichkeit). Online-Dokument: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/echi/echi\\_2\\_de.htm#11](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_2_de.htm#11) (Abruf am 10.03.2011)
- Heffner, L.** (2004). Cesarean Delivery on Demand. *Clin Obstet Gynecol*, 2004, 47: 285
- Heit, J.A., Kobbervig, C.E., James, A.H., Petterson, T.M., Bailey, K.R., Melton, L.J.** (2005). Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Ann Intern Med*, 2005, 143: 697-706
- Helferich, C.** (2012). Was heißt Selbstbestimmung – eine Begriffsklärung. Rundbrief. Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, 2012, 32: 25-35
- Heller, G., Schmidt, S.** (2006). Wodurch ist die Veränderung der geburtshilflichen Diagnosehäufigkeit in der Krankenhausdiagnosestatistik zu erklären? In: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration (S.297-300). Stuttgart: Schattauer
- Hellmers, C.** (2005). Geburtsmodus und Wohlbefinden. Eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter besonderer Berücksichtigung des (Wunsch-) Kaiserschnittes. Aachen: Shaker
- Hellmers, C., Schücking, B.** (2005a). Gewünschter und erlebter Geburtsmodus von Erstgebärenden. *Die Hebamme*, 2005, 18: 79-82
- Hellmers, C., Schücking, B.** (2005b). Geburtshilfe im Wandel – der Kaiserschnitt auf Wunsch. *Geburtshilfe Geburtsmedizin. BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, 2005, 2: 9-12
- Hema, K.R., Johanson, R.** (2002). Caesarean section techniques and complications. *Curr Obstet Gynaecol*, 2002, 12: 65-72
- Hemminki, E.** (1996). Impact of caesarean section on future pregnancy – a review of cohort studies. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 1996, 10: 366-379
- Hemminki, E., Meriläinen, J.** (1996). Long-term effects of cesarean sections: Ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol*, 1996, 174: 1569-1574
- Hempel, U.** (2008). Perspektivwechsel. Ärzte als Patienten. *Dr. med. Mabuse*, 2008, 174: 30-33
- Henderson, J., McCandlish, R., Kumiega, L., Petrou, S.** (2001). Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. *Brit J Obstet Gynaecol*, 2001, 108: 149-157
- Henke, K.-D.** (2008a). Ökonomische Grundlagen der Krankenhausreform in der Bundesrepublik Deutschland. In: Gethmann-Siefert, A., Thiele, F. (Hrsg.). Ökonomie und Medizinethik (S.255-270). München: Wilhelm Fink
- Henke, R.** (2008b). Plädoyer für Kollegialität. *G+G*, 2008, 5: 48

- Herbst, A., Thorngren-Jerneck, K.** (2001). Mode of delivery in breech presentation at term: Increased neonatal morbidity with vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001, 80: 731-737
- Hering, S., Maierhof, G.** (2002). Die unpässliche Frau. Sozialgeschichte der Menstruation und Hygiene. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Herrmann, L.** (2006). Die Zukunft ärztlicher Arbeitszeitsysteme. In: Thiede, A., Gassel, H.-J. (Hrsg.). *Krankenhaus der Zukunft* (S.315-324). Heidelberg: Kaden
- Hibbeler, B.** (2011). Ärzte und Pflegekräfte. Platzhirsch trifft auf Jammerlappen. *Dtsch Ärztebl*, 2011, 21: C 991-992
- Hibbeler, B., Flintrop, J., Gerst, T., Gieseke, S., Klinkhammer, G., Korzilius, H., Krüger-Brand, H.E., Osterloh, F., Richter-Kuhlmann, E., Rieser, S., Stüwe, H.** (2009). Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP. Neue Farbe – neue Hoffnung. *Dtsch Ärztebl*, 2009, 45: C 1861-1866
- Hickl, E.-J.**, (2002). Wandlungen in der Kaiserschnittindikation. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch*, 2002, 42: 15-18
- Hickl, E.-J., Franzki, H.** (2002). Indikationen zur Sectio caesarea – Zur Frage der sog. Sectio auf Wunsch. Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. *Gynäkologe*, 2002, 35: 197-202
- Hildebrand, S.** (2008). Wie Liebhaber in einem Groschenroman Hebammenforum, 2008, 2: 98-103
- Hildingsson, I., Radestad, I., Rubertsson, C., Waldenström, U.** (2002). Few women wish to be delivered by cesarean section. *Br J Obstet Gynaecol*, 2002, 109: 618-623
- Hillemanns, P., Anthuber, C., Hepp, H.** (2000). Risiken bei Sectio casarea und vaginaler Geburt. *Gynäkologe*, 2000, 33: 872-881
- Hillenhof, A.** (2012). Geburtshilfe. Engpässe trotz steigender Hebammenzahl. *Dtsch Ärztebl*, 2012, 19: A 948
- Hirrl, B.** (2009). Natürliche Geburt und Sectio in der Kontroverse. Fakten und Standpunkte zu aktuellen Entwicklungen. *Gynäkologie*, 2009, 6: 16-20
- Höfling-Engels, N.** (2010). Wechselwirkungen?! Frauen im mittleren Lebensalter. In: Kolip, P., Lademann, J. (Hrsg.). *Frauenblicke auf das Gesundheitswesen*. (S. 124-140). Weinheim: Juventa
- Höppner, K., Kuhlmei, A.** (2009). Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. *GGW*, 2009, 2: 7-14
- Hofmeyr, J.G., Mathai, M., Shah, A., Novikova, N.** (2010). Techniques for cesarean section (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, Issue 8. Online-Dokument: <http://www.thecochranelibrary.com> (Abruf am 1.03.2011)
- Hofmeyr, J.G., Novikova, N., Mathai, M., Shah, A.** (2009). Techniques for cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 2009, 201: 431-444
- Hohlfeld, P.** (2001). Caesarean section on request. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). *Sectio caesarea* (S.115-118). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Holmgren, G., Sjöholm, L., Stark, M.** (1999). The Misgav Ladach method for cesarean section: method description. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1999; 78: 615-621
- Holtel, M., Arndt, C.** (2010). Risikomanagement im Krankenhaus: Fehler systematisch aufspüren. *Dtsch Ärztebl*, 2010, 43: A 2096-2098
- Holthaus-Hesse, E., König, C.** (2006). Die steigende Kaiserschnitttrate und ihre Hintergründe. *Frauenarzt*, 2006, 47: 12-14



- Hook, B., Kiwi, R., Amini, S.B., Fanaroff, A., Hack, M.** (1997). Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor. *Pediatrics*, 1997, 100: 348-353
- Hornemann, A., Bohlmann, M.K., Altgassen, C., Wille, C., Thill, M., Diedrich, K., Finas, D.** (2008). Primäre Sectionen subventionieren Spontangeburt. Spielen finanzielle Interessen bei der steigenden Sectiorate eine Rolle? *Geburtsh Frauenheilk*, 2008, 68: 1082-1088
- Howard, R. J.** (1999). Pregnant woman should have choices. *BMJ*, 1999, 318: 122
- Howell, E.A., Gardiner, B., Concato, J.** (2002). Do women prefer female obstetricians? *Obstet Gynecol*, 2002, 99: 1031-1035
- Huch, A., Chaoui, R.** (2006). Sectio caesarea. In: Schneider, H., Husslein, P., Schneider, K.T.M. (Hrsg.). *Die Geburtshilfe* (S.781-798). Heidelberg: Springer
- Huch, A.** (2001). Sectio caesarea: die Züricher Operationstechnik. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). *Sectio caesarea* (S.139-146). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Hübner, M., Jacob, S.** (2006). Sectio caesarea auf mütterlichen Wunsch. *NIH State of the Science Konferenz 2006 – eine Zusammenfassung. Gynäkologe*, 2006, 39: 648-655
- Hülsmann, R.** (2008). Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. In: Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (Hrsg.). *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland* (S. 65-71). Online-Dokument: [http://www.bdp-verband.org/aktuell/2008/bericht/BDP-Bericht-2008\\_Gesundheit-am-Arbeitsplatz.pdf](http://www.bdp-verband.org/aktuell/2008/bericht/BDP-Bericht-2008_Gesundheit-am-Arbeitsplatz.pdf) (Abruf am 30.11.2010)
- Huh, S.Y., Rifas-Shiman, S.L., Zera, C.A., Edwards, J.W., Oken, E., Weiss, S.T., Gillman, M.W.** (2012). Delivery by caesarean section and risk of obesity in preschool age children: a prospective cohort study. *Arch Dis Child*, 2012, 97: 610-616
- Husslein, P.** (2008). Der Kreißsaal im Jahr 2015. *Gynäkologe*, 2008, 41: 694-700
- Husslein, P.** (2001). Pro & Kontra – Elektive Sectio. Es ist Zeit, umzudenken. *gynäkologie+geburtshilfe*, 2001, 2: 49-51
- Husslein, P., Langer, M.** (2000). Elektive Sektio vs. vaginale Geburt – ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? *Gynäkologe*, 2000, 33: 849-856
- Hyde, M.J., Mostyn, A., Modi, N., Kemp, P.R.** (2012). The health implications of birth by Caesarean section. *Biol Rev Camb Philos Soc*, 2012, 87: 229-243
- Illich, I.** (1975). *Die Enteignung der Gesundheit. Medical Nemesis*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Jackson, N.V., Irvine, L.M.** (1998). The influence of maternal request on the elective cesarean section rate. *J Obstet Gynaecol*, 1998, 18: 115-119
- Jacobs-Jokhan, D., Hofmeyr, G.** (2004). Extra-abdominal versus intra-abdominal repair of the uterine incision at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004, Issue 4. Online-Dokument: <http://www.thecochrane library.com> (Abruf am 1.03.2011)
- Jacquemyn, Y., Ahankour, F., Martens, G.** (2003). Flemish obstetricians' personal preference regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2003;111: 164-166
- Jäger, S.** (2000). Theoretische und methodische Aspekte einer Kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse. Online-Dokument: [http://www.diss-duisburg.de/Internetbibliothek/Artikel/Aspekte\\_einer\\_Kritischen\\_Diskursanalyse.htm](http://www.diss-duisburg.de/Internetbibliothek/Artikel/Aspekte_einer_Kritischen_Diskursanalyse.htm) (Abruf am 31.08.2012)



- Jain, L., Dudell, G.G.** (2006). Respiratory transition in infants delivered by cesarean section. *Semin Perinatol*, 2006, 30: 296-304
- James, A.H.** (2010). Pregnancy and thrombotic risk. *Crit Care Med*, 2010, 38: S57-63
- Johnson, S.R., Elkins, T.E., Strong, C., Phelan, J.P.** (1986). Obstetric Decision-Making: Responses to Patients Who Request Cesarean delivery. *Am J Obstet Gynaecol*, 1986, 67: 847-850
- Jonas, S.** (2002). Geburt umfassend betrachtet – Ansätze für ein Health Technology Assessment. *ZaeFQ*, 2002, 96 (10): 689-693
- Jonat, W., Maass, N., Schmutzler, A., Strauss, A.** (2008). Gynäkologie und Geburtshilfe 2008+. *Gynäkologe*, 2008, 41: 659-660
- Jurgelucks, C.** (2004). Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma? Über das Erleben betroffener Frauen. Frankfurt am Main: Mabuse
- Kaiser, P.S., Kirby, R.S.** (2001). Obesity as a risk factor for cesarean in a low-risk population. *Obstet Gynecol*, 2001, 97: 39-43
- Kalish, R.B., McCullough, L., Gupta, M., Thaler, H.T., Chervenak, F.A.** (2004). Intrapartum Elective Cesarean Delivery: A Previously Unrecognized Clinical Entity. *Obstet Gynaecol*, 2004, 103: 1137-1141
- Kamath, B.D., Todd, J.K., Glazner, J.E., Lezotte, D., Lynch, A.M.** (2009). Neonatal Outcomes After Elective Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*, 2009, 113: 1231-1238
- Kant, I.** (1996). Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? In: Bahr, E. (Hrsg.). Was ist Aufklärung? (S.9-17). Stuttgart: Philipp Reclam jun.
- Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Norbergh, K.G., Sjöling, M., Hildingsson, I.** (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breast-feeding and infant care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2007, 36: 430-440
- Kasai, K.E., Nomura, R.M.Y., Benute, G.R.G., de Lucia, M.C.S., Zugaib, M.** (2010). Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*, 2010, 26: 319-326
- Kaschka W.P., Korczak, D., Broich, K.** (2011). Modediagnose Burn-out. *Dtsch Ärztebl*, 2011, 46: 781-787
- Kasper J., Lenz, M.** (2005). Kriterien zur Entwicklung und Beurteilung von Decision Aids. *ZaeFQ*, 2005, 99: 359-365
- Kassner, K., Wassermann, P.** (2005). Nicht überall, wo Methode draufsteht, ist auch Methode drin. Zur Problematik der Fundierung von ExpertInnen-interviews. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung (S.95-111). Wiesbaden: VS
- Kaufmann, M., Bremerich, D. H., Dudziak, R.** (1998). Geburtshilfliche Anästhesie – Von den Anfängen zu den modernen heutigen Verfahren: „Ladies, this is no humbug“. *Dtsch Ärztebl*, 2001, 98: A 834–838
- Kempe, A., Gembruch, U.** (2008). Spezielle Aspekte der Entbindungsplanung bei Zwillingen. *Gynäkologe*, 2008, 41: 790-802
- Kennare, R., Tucker, G., Heard, A., Chan, A.** (2007). Risks of adverse in the next birth after cesarean delivery. *Obstet Gynaecol*, 2007, 109: 270-276
- Kerr-Wilson, R.** (2001). Caesarean section on demand. *Curr Obstet Gynaecol*, 2001, 2: 126-128
- Khunpradit, S., Tavender, E., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Wasiak, J., Gruen, R.L.** (2011). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011. Online-Dokument: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005528.pub2/abstract> (Abruf am 30.12.2012)

- Klauber, J., Friedrich, J.** (2008). Krankenhausvergütung. Preissprung auf der Klinikrechnung. *G+G*, 2008, 12: 18-19
- Klein, M.C.** (2004). Quick Fix Culture: The Cesarean-Section-on-Demand Debate. *Birth*, 2004, 31: 161-164
- Klein, M.C., Gauthier, R.J., Robbins, J.M., Kaczorowski, J. Jorgensen, S.H., Franco, E.D., Johnson, B., Waghorn, K., Gelfand, M.M., Guralrick, M.S.** (1994). Relationship of episiotomy to perinatal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol*, 1994, 171: 591-598
- Klemperer, D., Strech, D., Koch, K., Felser, G.** (2012). Interessenkonflikte in der Medizin. Erkennen, offenlegen, regulieren. *Dr. med. Mabuse*, 2012, 196: 34-37
- Klemperer, D., Rosenwirth, R.** (2005): Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Chartbook. Online-Dokument: [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-83453704-580045BA/bst/chartbook\\_190705\\_%282.\\_Auflage%29.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-83453704-580045BA/bst/chartbook_190705_%282._Auflage%29.pdf) (Abruf am 19.07.2012)
- Klemperer, D.** (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Online-Dokument: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2003/i03-302.pdf> (Abruf am 19.07.2012)
- Klingenberg, A., Bahrs, O., Szecsenyi, J.** (1996). Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse aus einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *Allg Med*, 1996, 72: 180-186
- Klinger, H.** (2008). Der Einfluss des Stillens auf die Entwicklung einer Harninkontinenz und die Beckenbodenkraft. *Die Hebamme*, 2008, 21: 258-264
- Klotter, C.** (2010). Gesundheitswunsch und Gesundheitsrealität – Psychologische, soziale und gesellschaftliche Aspekte des Gesundheitsverhaltens. *Health Wishes and Health Reality – Psychological, Social and Community Aspects of Health Behaviour*. *Gesundheitswesen*, 2010, 72: 17-22
- Knape, N.** (2010). Sectio versus Spontangeburt: ökonomische Aspekte. *Die Hebamme*, 2010, 3: 176-182
- Knitza, R.** (1998). Analgesie und Anästhesie zur Geburtserleichterung. In: Martius, G., Rath, W. (Hrsg.). *Geburtshilfe und Perinatologie* (S.79-93). Stuttgart, New York: Georg Thieme
- Koch, U. Lehmann, H.** (2004). Der informierte Bürger. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz*, 2004, 47: 925-926
- Kolås, T., Saugstad, O.D., Daltveit, A.K., Nilsen, S.T., Øian, P.** (2006). Planned cesarean versus planned vaginal delivery at term: Comparison of newborn infant outcomes. *Am J Obstet Gynecol*, 2006, 195: 1538-1543
- Kolås, T., Hofoss, D., Daltveit, A.K., Nilsen, S.T., Henriksen, T., Häger, R., Ingemarsson, I., Øian, P.** (2003). Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003, 188: 864-870
- Kolip, P., Nolting, H.-D., Zich, K.** (2012). Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Online-Dokument: [https://kaiserschnitt.faktencheckgesundheit.de/fileadmin/daten\\_fcg/Downloads/Pressebereich/FCKS/Report\\_Faktencheck\\_Kaiserschnitt\\_2012.pdf](https://kaiserschnitt.faktencheckgesundheit.de/fileadmin/daten_fcg/Downloads/Pressebereich/FCKS/Report_Faktencheck_Kaiserschnitt_2012.pdf) (Abruf am 29.11.2012)
- Kolip, P.** (2008). Einstellungen zum Kaiserschnitt nach einer Schnittentbindung: Die Sicht der Mütter. *Attitudes to Cesarean Delivery: The View of Cesarean Section Mothers*. *Gesundheitswesen*, 2008, 70: 550-551
- Kolip, P., Misselwitz, B., Schmidt, S.** (2008). Sectionhäufigkeit nach Sterilitätsbehandlung bei Einlingen: Eine Auswertung der hessischen Perinatalerhebung (HEPE). *Z Geburtshilfe Neonatol*, 2008, 212: 217-221

- Kolip, P.** (2000). Frauenleben in Ärztehand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen. In: Kolip, P. (Hrsg.). Weiblichkeit ist keine Krankheit (S.9-30). Weinheim, München: Juventa
- Koppelin, F., Müller, R.** (2010). Gesundheit und Krankheit in „biopolitischen Zeiten“. In: Paul, B., Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.). Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft (S.73-87). Wiesbaden: VS Springer
- Kozinszky, Z., Zádori, J., Orvos, H., Katona, M., Pál, A., Kovács, L.** (2003). Obstetric and neonatal risk of pregnancies after assisted reproductive technology: a matched control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003, 82: 850-856
- Krause, U., Rothgang, H.** (2005). Möglichkeiten von Bürgerbeteiligung an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen. In: Helmert, U., Schumann, H., Jansen-Bitter, H. (Hrsg.). Souveräne Patienten? Die Wiederentdeckung des Patienten im 21. Jahrhundert. (S.189-209). Augsburg: Maro
- Krause, M., Feige, A.** (2001). Die natürliche Geburt muss das Ziel sein. *gynäkologie+geburtshilfe*, 2001, 2: 46
- Kühnert, M.** (2009). Notfallsituationen in der Geburtshilfe. Berlin, New York: Walter de Gruyter
- Kühnert, M.** (2008). Stellenwert des „Kreißsaalführerscheins“ in der geburtshilfen Praxis. *Die Hebamme*, 2008, 21: 74-75
- Künzel, W.** (1998). Intrauterine fetal death during pregnancy: limitations of fetal surveillance. *J Obstet Gynaecol Res*, 1998, 24: 453-460
- Kuhlmann, E.** (2012). Sex und Gender in der Gesundheitsversorgung. *clio*, 2012, 74: 4-6
- Kuhlmann, E.** (2010). Gender im Mainstream der Medizin. Wohin geht die Reise? In: Kolip, P., Lademann, J. (Hrsg.). Frauenblicke auf das Gesundheitswesen. (S. 239-255). Weinheim: Juventa
- Kuhlmann, E., Larsen, C.** (2009). Gesundheitsreformen und Beschäftigungssituation: Erklärungspotenziale gendersensibler quantitativer Daten. In: Aulenbacher, B., Riegraf, B. (Hrsg.). Erkenntnis und Methode: Geschlechterforschung in Zeiten des Umbruchs (S.217-234). Wiesbaden: VS
- Kuhlmann, E., Kolip, P.** (2005). Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim, München: Juventa
- Kuhlmann, E.** (2000). Ärztliche Aufklärungspraxis im Spannungsfeld zwischen Patienteninteressen und Budget. In: Gerlinger, T., Herrmann, M., Hinricher, L., Hungeling, G., Lenhardt, U., Simon, M., Stegmüller, K., Wolf, N. (Hrsg.). Jahrbuch für Kritische Medizin 33. Kostendruck im Krankenhaus (S.37-52). Hamburg: Argument
- Kukla, R., Kuppermann, M., Little, M., Lyerly, A.D., Mitchell, L.M., Armstrong, E.M., Harris, L.** (Obstetrics and Gynecology Risk Research Group) (2009). Finding autonomy in birth. *Bioethics*, 2009, 23: 1-8
- Kupper, S., Hermann, P., Gottschaldt, E., Mundle, G.** (2008). Psychische Gesundheit in Gesundheitsberufen. In: Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (Hrsg.). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland (S. 31-36). Online-Dokument: [http://www.bdp-verband.org/aktuell/2008/bericht/BDP-Bericht-2008\\_Gesundheit-am-Arbeitsplatz.pdf](http://www.bdp-verband.org/aktuell/2008/bericht/BDP-Bericht-2008_Gesundheit-am-Arbeitsplatz.pdf) (Abruf am 30.11.2010)
- Krüger-Brand, H.E.** (2010). Patientensicherheit: Ärzte lernen von Piloten. *Dtsch Arztebl*, 2010, 34-35: A 1601
- Krüger-Brand, H.E.** (2004). Wettbewerb um den Wert „Gesundheit“. *Dtsch Arztebl*, 2004, 14: B 755-756

- Kwee, A., Cohlen, B.J., Kanhai, H.H., Bruinse, H.W., Visser, G.H.** (2004). Caesarean section on request: a survey in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2004, 113:186-190
- Lagro-Janssen, A.L.** (2008). Medicine is not gender-neutral: Influence of physician sex on medical care. *Ned Tijdschr Geneeskde*, 2008, 152: 1141-1145
- Lalouschek, J.** (2002). Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskurs-analytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Online-Dokument: <http://verlag-gespraechsforschung.de/2002/pdf/medizin.pdf> (Abruf am 13.09.2012)
- Land, R., Parry, E., Rane, A., Wilson, D.** (2001). Personal preferences of obstetricians towards childbirth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2001, 411: 249-252
- Larsson, C., Saltvedt, S., Wiklund, I., Pahlen, S., Andolf, E.** (2006). Estimation of blood loss after cesarean section and vaginal delivery has low validity with a tendency to exaggeration. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2006, 85: 1448-1452
- Laufs, A.** (2004). Zur Entwicklung des Arztberufes im Spiegel des Rechts. *Gynäkologe*, 2004, 12: 1071-1079
- Laum, D.** (2001). Eingriffe auf Wunsch der Patienten – aus juristischer Sicht. Referat der Sitzung des Arbeitskreises "Ärzte und Juristen" (AWMF) am 23. und 24. März 2001 in Würzburg. Online-Dokument: <http://www.awmf-online.de> (Abruf am 22.04.2005)
- Lauritzen, C.** (1986). Geschichte der gynäkologischen Endokrinologie des deutschen Sprachraums von 1935 bis zur Gegenwart. In: Beck, L. (Hrsg.). *Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (S.221-265). New York, Berlin, Heidelberg: Springer
- Lauterberg, J., Kolpatzik, K., Egger, B.** (2008). Das Schweigen brechen. *G+G*, 2008, 4: 20-24
- Lavender, T., Hofmeyr, G.J., Neilson, J.P., Kingdon, C., Gyte, G.M.L.** (2009). Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009, Issue 3. Online-Dokument: <http://www.thecochrane library.com> (Abruf am 1.03.2011)
- Lavender, T., Kingdon, C., Hart, A., Gyte, G., Gabbay, M., Neilson, J.P.** (2005). Could a randomised trial answer the controversy relating to elective caesarean section? National survey of consultant obstetricians and heads of midwifery. *BMJ*, 2005, 331: 490-491
- Lawn, J.E., Wilczynska-Ketende, K., Cousens, S.N.** (2006). Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol*, 2006, 35: 706-718
- Lawrie, T.A., de Jager, M., Hofmeyr, G.J.** (2001). High cesarean section rates for pregnant medical practitioners in South Africa. *Int J Gynaecol Obstet*, 2001, 72: 71-73
- Leanza, M.** (2010). Die Gegenwart zukünftiger Erkrankungen. Prävention und die Person. In: Paul, B., Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.). *Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft* (S.241-262). Wiesbaden: VS Springer
- Lee, Y.M., D'Alton, M.E.** (2008a). Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2008, 20: 597-601
- Lee, Y.M., D'Alton, M.E.** (2008b). Cesarean delivery on maternal request: The impact on mother and newborn. *Clin Perinatol*, 2008, 35: 505-518
- Lee-Parritz, A.** (2004). Surgical Techniques for Cesarean Delivery: What Are the Best Practices? *Clin Obstet Gynecol*, 2004, 47: 286-298

- Lechl, A., Reinhard, S.C.** (2008). Where are the Sunday babies? II. Declining weekend birth rates in Switzerland. *Naturwissenschaften*, 2008, 95: 161-164
- Lechl, A.** (2005). Where are the Sunday babies? Observations on a marked decline in weekend births in Germany. *Naturwissenschaften*, 2005, 92: 592-594
- Lehmann, V.** (2006). *Der Kayserliche Schnitt. Die Geschichte einer Operation.* Stuttgart, New York: Schattauer
- Leitner, A., Wroblewski, A.** (2005). Zwischen Wissenschaftlichkeitsstandards und Effizienzansprüchen. Experteninterviews in der Praxis der Arbeitsmarktevaluation. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S.241-272). Wiesbaden: VS
- Leone, T., Padmadas, S.S., Matthews, Z.** (2008). Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. *Soc Sci Med*, 2008, 67: 1236-1246
- Leppin, A.** (2001). Informationen über persönliche Gefährdungen als Strategien der Gesundheitskommunikation: Verständigung mit Risiken und Nebenwirkungen. In: Hurrelmann, K.; Leppin, A. (Hrsg.). *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health* (S.107-127). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Levine, E.M., Ghai, V., Barton, J.J., Strom, C.M.** (2001). Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol*, 2001, 97: 439-442
- Lewis, G.** (2004). Why Mothers Die 2000–2002. The Sixth Report of the Confidential Enquiries Into Maternal Death in the United Kingdom. Online-Dokument: <http://www.cemach.org.uk/getattachment/8bea058d-d476-4813-baa8-da57df544551/Why-Mothers--Die-2000---2002.aspx> (Abruf 8.03.2011)
- Librero, J., Peiro, S., Calderon, S.M.** (2000). Interhospital variations in caesarean sections. A risk adjusted comparison in the Valencia public hospitals. *J Epidemiol community Health*, 2000, 54: 631-636
- Lichtenthaeler, C.** (1987). *Geschichte der Medizin. Die Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung.* Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Lichtmannegger, R.** (2004). Organisation von Schnittstellen in der Geburtshilfe. *Gynäkologe*, 2004, 1: 15-20
- Lieberman, E., O'Donoghue, C.** (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, 186 (Suppl 5): S31-S68
- Lin, S.Y., Hu, C.J., Lin, H.C.** (2008). Increased risk of stroke in patients who undergo cesarean section delivery: a nationwide population-based study. *Am J Obstet Gynecol*, 2008, 198: 391.e1-7
- Lin, H.C., Sheen, T.C., Tang, C.H., Kao, S.** (2004). Association between maternal age and the likelihood of a cesarean section: a population-based multivariate logistic regression analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2004, 83: 1178-1183
- Linton, A., Peterson, M.R.** (2004). Effect of preexisting chronic disease on primary cesarean delivery rates by race for births in U.S. military hospitals, 1999-2002. *Birth*, 2004, 31: 165-175
- Litschgi, M.** (2001). Die Sectiotechnik im Wandel der Zeit. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). *Sectio caesarea* (S.135-139). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Littig, B.** (2005). Interviews mit Experten und Expertinnen. Überlegungen aus geschlechtertheoretischer Sicht. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S.191-206). Wiesbaden: VS

- Liu, T.C., Lin, H.C., Chen, C.S., Lee, H.C.** (2008). Obstetrician gender and the likelihood of performing a maternal request for a cesarean delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2008, (1): 46-52
- Liu, S., Liston, R.M., Joseph, K.S., Heaman, M., Sauve, R., Kramer, M.S.,** Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*, 2007 Feb 13; 176: 455-460
- Liu, S., Heaman, M., Joseph, K.S., Liston, R.M., Huang, L., Sauve, R., Kramer, M.S.,** Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. (2005). Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol*, 2005, 105: 836-842
- Lo, J.C.** (2008). Financial incentives do not always work – An example of cesarean sections in Taiwan. *Health Policy*, 2008, 88: 121-129
- Localio, A.R., Lawthers, A.G., Bengtson, J.M., Hebert, L.E., Weaver, S.L., Brennan, T.A., Landis, J.R.** (1993). Relationship between malpractice claims and cesarean delivery. *JAMA*, 1993, 269: 366-373
- Loh, A., Simon, D., Kriston, L., Härter, M.** (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Dtsch Arztebl*, 2007, 21: A 1483-1488
- Lohmann, H.** (2006). Ökonomie und Humanität im Krankenhaus der Zukunft. In: Thiede, A., Gassel, H.-J. (Hrsg.). *Krankenhaus der Zukunft* (S.289-294). Heidelberg: Kaden
- Lohr, K. N., Steinwachs, D. M.** (2002). Health Services Research: An Evolving Definition of the Field. *Health Serv Res*, 2002, 37: 15-17
- Loytved, C.** (2010). Qualitätsbericht 2008. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Im Auftrag der "Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.". Online-Dokument: <http://www.quag.de/content/publikationen.htm> (Abruf am 31.08.2010)
- Loytved, C., Wenzlaff, P.** (2007). Außerklinische Geburt in Deutschland. German Out-Of-Hospital Birth Study 2000 – 2004. Bern: Hans Huber
- Lu, G.C., Rouse, D.J., DuBard, M., Cliver, S., Kimberlin, D., Hauth, J.C.** (2001). The effect of the increasing prevalence of maternal obesity on perinatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 185: 845-849
- Ludwig, H.** (2005). Hermann Johannes Pfannenstiel (1862-1909) und sein suprasymphysärer Faszienschnitt. *Gynäkologe*, 2005, 38: 275-277
- Ludwig, H.** (2001). Gibt es ein ethisches Dilemma um die Wunschsectio? In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). *Sectio caesarea* (S.121-124). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Ludwig, H.** (1998). Kaiserschnitt auf Verlangen? *Gynäkologe*, 1998, 31: 1009-1010
- Lüders, C., Meuser, M.** (1997). Deutungsmusteranalyse In: Hitzler, R., Horner, A. (Hrsg.). *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik* (S.57-79). Opladen: Leske + Budrich
- Lühmann, D.** (2012). Evidenzbasierte Medizin im Studium. Eine Bestandsaufnahme. *Dr. med. Mabuse*, 2012, 200: 38-40
- Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Gülmezoglu, A.M., Souza, J.P., Taneepanichskul, S., Ruyan, P., Attygalle, D.E., Shrestha, N., Mori, R., Nguyen, D.H., Hoang, T.B., Rathavy, T., Chuyun, K., Cheang, K., Festin, M., Udomprasertgul, V., Germar, M.J., Yanqiu, G., Roy, M., Carroli, G., Ba-Thike, K., Filatova, E., Villar, J.,** World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. (2010). Method of delivery and

- pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*, 2010, 375: 490-499
- Lutz, U., Kolip, P.** (2006). Die GEK-Kaiserschnittstudie (GEK-Edition; Bd. 42). Stankt Augustin: Asgard
- Lydon-Rochelle, M., Holt, V.L., Easterling, T.R., Martin, D.P.** (2001a). First-Birth Cesarean and Placental Abruption or Previa at Second Birth. *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 97: 765-769
- Lydon-Rochelle, M., Holt, V.L., Martin, D.P.** (2001b). Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Pediatr Perinatol Epidemiol*, 2001, 15: 232-240
- Lynch, J., Scholz, S.** (2005). Anaesthetic-related complications of caesarean section. *Zentralbl Gynakol*, 2005, 127: 91-95
- Maass, N., Weigel, M.T.** (2009). Section ceasarea (Kaiserschnitt). In: Strauss, A., Janni, W., Maass, N. (Hrsg.). *Klinikmanual Gynäkologie und Geburtshilfe* (S.358-363). Heidelberg: Springer
- Macario, A., El-Sayed, Y.Y., Druzin, M.L.** (2004). Cost-Effectiveness of a Trial of Labour After Previous Cesarean Delivery Depends on the A Priori Chance of Success. *Clin Obstet Gynecol*, 2004, 47: 378-385
- MacDorman, M.F., Declercq, E., Menacker, F., Malloy, M.H.** (2008a). Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Low-Risk Women: Application of an "Intention-to-Treat" Model. *Birth*, 2008, 35: 3-8
- MacDorman, M.F., Menacker, F., Declercq, E.** (2008b). Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. *Clin Perinatol*, 2008, 35: 293-307
- MacDorman, M.F., Declercq, E., Menacker, F., Malloy, M.H.** (2006). Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with "no indicated risk," United States, 1998-2001 birth cohorts. *Birth*, 2006, 33: 175-182
- Mackenbach, J.P.** (1996). The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *J Clin Epidemiol*, 1996, 49: 1207-1213
- MacKenzie, I.Z., Cooke, I., Annan, B.** (2003). Indications for caesarean section in a consultant obstetric unit over three decades. *J Obstet Gynaecol*, 2003, 23: 233-238
- MacLennan, A.H., Taylor, A.W., Wilson, D.H., Wilson, D.** (2000). The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to age, gender, parity and mode of delivery. *Br J Obstet Gynecol*, 2000, 107: 1460-1470
- Madar, J., Richmond, S., Hey, E.** (1999). Surfactant-deficient respiratory distress after elective delivery at 'term'. *Acta Paediatr*, 1999, 88: 1244-1248
- Magann, E.F., Chauhan, S.P., Rodts-Palenik, S., Bufkin, L., Martin, J.N., Jr., Morrison, J.C.** (2002). Subcutaneous stitch closure versus subcutaneous drain to prevent wound disruption after cesarean delivery: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, 186: 1119-1123
- Mahoka, F.M., Felimbach, H.M., Fathuddien, M.A., Roomi, F., Ghabra, T.** (2004). Multiple caesarean section morbidity. *Int J Obstet Gynecol*, 2004, 87: 227-232
- Malzahn, J., Stosch, C.** (2007). Diagnose Ärztemangel. Freie Stellen und steigende Arztzahlen. *Dtsch Arztebl*, 2007, 31-32: B 1968
- Mandach, von, U.** (2001). Antibiotikaphrophylaxe und -therapie bei der Kaiserschnittentbindung. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). *Sectio caesarea* (S.181-183). Bremen, London, Boston: Uni-Med

- Marckmann, H.** (2006). Konsequenzen des demographischen Wandels für die medizinische Versorgung im Krankenhaus der Zukunft. In: Thiede, A., Gassel, H.-J. (Hrsg.). Krankenhaus der Zukunft (S.31-38). Heidelberg: Kaden
- Marent, B., Nowak, P., Forster, R.** (2009): "User and Community Participation". Eine Vorstudie zur Rekonstruktion kollektiver Nutzer- und "Community"-Beteiligungen in der Gesundheitsförderung und im Krankenbehandlungssystem. Wien: LBIHPR. (Working Paper LBIHPR 1.). Online-Dokument: [http://lbihpr-pub.lbg.ac.at/publ/EA-PDF09\\_0741.pdf](http://lbihpr-pub.lbg.ac.at/publ/EA-PDF09_0741.pdf) (Abruf am 19.07.2012)
- Marieskind, H.I.** (1989). Cesarean Section in the United States: Has It Changed Since 1979? Birth, 1989, 16: 196-202
- Marshall, N.E., Fu, R., Guise, J.M.** (2011). Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. Am J Obstet Gynecol, 2011, 205: 262.e1-8
- Martin, W.** (2012). Frauenheilkunde. Chefärztinnen gesucht. Dtsch Ärztebl, 2012, 24: C 1095-1096
- Martius, G.** (1998). Grundlagen des geburthilflich-entbindenden Operierens. In: Martius, G., Rath, W. (Hrsg.). Geburtshilfe und Perinatologie (S.94-109). Stuttgart, New York: Georg Thieme
- Martius, G., Martius, J.** (1998). Pathologie der Geburt. In: Martius, G., Rath, W. (Hrsg.). Geburtshilfe und Perinatologie (S.443-517). Stuttgart, New York: Georg Thieme
- Martius, G., Rath, W.** (1998). Physiologie der Geburt. In: Martius, G., Rath, W. (Hrsg.). Geburtshilfe und Perinatologie (S.357-385). Stuttgart, New York: Georg Thieme
- Martius, G.** (1986). Abdominale Schnitterbindung. In: Martius. Geburtshilflich-perinatologische Operationen (S.198-232). Stuttgart, New York: Georg Thieme
- Marx, H., Wiener, J., Davies, N.** (2001). A survey of the influence of patients' choice on the increase in the caesarean section rate. J Obstet Gynaecol, 2001, 21: 124-127
- Matthews, T.G., Crowley, P., Chong, A., McKenna, P., McGarvey, C., O'Regan, M.** (2003). Rising caesarean section rates: a cause for concern? BJOG, 2003, 110: 346-349
- Mayring, P.** (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz
- McCourt, C., Weaver, J., Statham, H., Beake, S., Gamble, J., Creedy, D.K.** (2007). Elective Cesaraen Section and Decision Making: A Critical Review of the Literature. Birth, 2007, 43 (1): 65-79
- McDonald, S.D., Murphy, K., Beyene, J., Ohlsson, A.** (2005). Perinatal outcomes of singleton pregnancies achieved by in vitro fertilization: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Can, 2005, 27: 449-459
- McElrath, T.F.** (2004). Cesarean Delivery at the Limits of Neonatal Viability. Clin Obstet Gynecol, 2004, 47: 342-351
- McGurgan, P., Coulter-Smith, S., O'Donovan, P. J.** (2001). A national confidential survey of obstetrician's personal preferences regarding mode of delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2001, 97: 17-19
- McKinstry, B.** (2000). Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. BMJ, 2001, 321: 867-871
- McRobbie, A.** (2010). Top Girls. Feminismus und der Aufstieg des neoliberalen Geschlechterregimes. Wiesbaden: VS



- Menacker, F., Martin, J.A.** (2009). BirthStats: Rates of Cesarean Delivery, and Unassisted and Assisted Vaginal Delivery, United States, 1996, 2000, and 2006. *Birth*, 2009, 36: 167
- Menz, F., Nowak, P., Rappl, A., Nezhiba, S.** (2008): Arzt-Patient-Interaktion im deutschsprachigen Raum: Eine Online-Forschungsbank (API-on©) als Basis für Metaanalysen. *Gesprächsforschung. Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 2008, 9: 129-163 Online-Dokument: [http://www.gespraechs\\_forschung-ozs.de](http://www.gespraechs_forschung-ozs.de) (Abruf am 18.07.2010)
- Metzger, F.** (2004). DRGs für Einsteiger. Lösungen für Kliniken im Wettbewerb. Stuttgart: WVG
- Meuser, M., Nagel, U.** (2009). Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (S.35-60). Wiesbaden: VS
- Meuser, M., Nagel, U.** (2005). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S.71-93). Wiesbaden: VS
- Meuser, M., Nagel, U.** (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D., Kraimer, K. (Hrsg.). *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen* (S.441-471). Opladen: Westdeutscher Verlag
- Meyer, G.** (2012). Ohne Alternative. Eine Bilanz nach über 20 Jahren Evidenzbasierter Medizin. *Dr. med. Mabuse*, 2012, 200: 26-28
- Meyer, D.** (2006). Die technische Entwicklung im OP-Bereich. In: Thiede, A., Gassel, H.-J. (Hrsg.). *Krankenhaus der Zukunft* (S.691-694). Heidelberg: Kaden
- Miesnik, S.R., Reale, B.J.** (2007). A Review of Issues Surrounding Medically Elective Cesarean Delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2007, 36: 605-615
- Milles, D.** (2002). Patientenorientierung und gesundheitsbezogene Verantwortung. In: *Summer School of Public Health 2000, 2001*. Stadt Delmenhorst. (Hrsg.). *Patientenorientierung. Public Health – verantworten und gestalten* (S.81-106). Delmenhorst: Fink
- Minkoff, H., Powderly, K.R., Chervenak, F., McCullough, L.B.** (2004). Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 2004, 103: 387-392
- Misselwitz, B.** (2009). Perinatalerhebung Niedersachsen 2001 – 2007. Entbindungsmodus Misgav-Ladach. Unveröffentlichtes Manuskript vom 15.01.2009
- Mitler, L.K., Rizzo, J.A., Horwitz, S.M.** (2000). Physician gender and cesarean sections. *J Clin Epidemiol*, 2000, 53: 1030-1035
- Moore, H.C., de Klerk, N., Holt, P., Richmond, P.C., Lehmann, D.** (2012). Hospitalisation for bronchiolitis in infants is more common after elective caesarean delivery. *Arch Dis Child*, 2012; 97: 410-414
- Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N.** (2009). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009, Issue 1. Online-Dokument: <http://www.thecochranelibrary.com> (Abruf am 1.03.2011)
- Monari, F., Di Mario, S., Facchinetti, F., Basevi, V.** (2008). Obstetricians' and midwives' attitudes toward cesarean section. *Birth*, 2008, 35: 129-135
- Montori, V.M., Gafni, A., Charles, C.** (2006). A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expect*, 2006, 9: 25-36

- Moramezi, F., Barati, M., Saadati, N., Masihi, S.** (2006). Cesarean section rate in female doctors and male doctors' wives Online-Dokument: <http://www.gendermedicine.com/1st/images/P55.pdf> (Abruf am 19.02.2012)
- Morrison, J., MacKenzie, I.Z.** (2003). Cesarean Section on Demand. *Semin Perinatol*, 2003, 27: 20-33
- Morrison, J.J., Rennie, J.M., Milton, P.J.** (1995). Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol*, 1995, 102: 101-106
- Mozurkewich, E.L., Hutton, E.K.** (2000). Elective repeat cesarean delivery versus trial of labour: a meta-analysis of the literature from 1989-1999. *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 183: 1187-1197
- Mruck, K., Breuer, F.** (2003). Subjektivität und Selbstreflexivität im qualitativen Forschungsprozess – Die FQS-Schwerpunktausgaben. *Forum Qualitative Sozialforschung*. Vol.4, No.2, Art.23. Online-Dokument: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs> (Abruf am 8.08.2011)
- Mühlbauer, B.H.** (2006). Ästhetische Krankenhäuser: Die Bedeutung des Raumes und des Ambientes für die Attraktivität des Krankenhauses. In: Thiede, A., Gassel, H.-J. (Hrsg.). *Krankenhaus der Zukunft* (S.241-254). Heidelberg: Kaden
- Mühlhauser, I.** (2001). Mammographie-Screening – Informierte Entscheidung statt verzerrte Information. In: Koppelin F., Müller R., Keil A., Hauße U. (Hrsg.). *Die Kontroverse um die Brustkrebs-Früherkennung* (S.79-90). Bern: Hans Huber
- Müller, M.U.** (2008). In den Ruin getrieben. *Der Spiegel*, 2008, 10: 66-67
- Mundle, G., Jurkat, H.B., Reimer, C., Beelmann, K., Kaufmann, M., Cimander, K.F.** (2007). Suchttherapie bei abhängigen Ärzten: Strategie der Prävention und Therapie. *Psychotherapeut*, 2007, 52: 273-279
- Murphy, D. J., Stirrat, G. M., Heron, J.** (2002). The relationship between Caesarean section and subfertility in a population-based sample of 14541 pregnancies. *Human Reproduction*, 2002, 7: 1914-1917
- Murray, S.F., Elston, M.A.** (2005). The promotion of private health insurance and its implications for the social organisation of healthcare: a case study of private sector obstetric practice in Chile. *Sociol Health Illn*, 2005, 27: 701-721
- Murray, S.F.** (2000). Relation between private health insurance and high rates of cesarean section in Chile: Qualitative and quantitative study. *BMJ*, 2000, 321: 1501-1505
- Murray, S.F.; Pradenas, F.S.** (1997). Cesarean Birth Trends in Chile, 1986 to 1994. *Birth*, 1997, 24: 258-263
- Nadig, M.** (2011). Körperhaftigkeit, Erfahrung und Ritual: Geburtsrituale im interkulturellen Vergleich. In: Villa, P.-I., Moebius, S., Thiessen, B. (Hrsg.). *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven* (S.39-73). Frankfurt, New York: Campus
- Neises, M., Rauchfuß, M.** (2005). Psychosoziale Aspekte der Schwangerschaft. *BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, 2005, 2: 3-8
- Nelson, R.L., Westercamp, M., Furner, S.E.** (2006). A systematic review of the efficacy of cesarean section in the preservation of anal continence. *Dis Colon Rectum*, 2006, 49:1587-1595
- Nelson, K.B., Grether, J.K.** (1998). Potentially asphyxiating conditions and spastic cerebral palsy in infants of normal birth weight. *Am J Obstet Gynecol*, 1998, 179: 507-513
- Neubauer, G.** (2006). Einfluß der DRG-Abrechnung auf die zukünftige Krankenhausstruktur. In: Thiede, A., Gassel, H.-J. (Hrsg.). *Krankenhaus der Zukunft* (S.257-265). Heidelberg: Kaden

- NICE** (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2011). CG132 Caesarean section: NICE guideline. Online-Dokument: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13620/57163/57163.pdf> (Abruf am 3.03.2012)
- Nicoll, A.E., Black, C., Powls, A., Mackenzie, F.** (2004). An audit of neonatal respiratory morbidity following elective caesarean section at term. *Scott Med J*, 2004, 49: 22-25
- Niehoff, J.-U., Braun, B.** (2003). Handwörterbuch. Sozialmedizin und Public Health. Baden-Baden: Nomos
- NIH** (National Institute of Health) (2006). National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: Cesarean delivery on maternal request March 27-29, 2006. *Obstet Gynecol*, 2006, 107: 1386-1397
- Nilstun, T., Habiba, M., Lingman, G., Saracci, R., Da Frè, M., Cuttini, M.** (EUROBS study group) (2008). Cesarean delivery on maternal request: Can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC Med Ethics*, 2008, 9:11, Online-Dokument: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2446392/> (Abruf am 3.03.2011)
- Norgall, T.** (2007). Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Eine vertane Chance. *Dtsch Arztebl*, 2007, 34-35: C 2027
- Nygaard, I.** (2005). Should women be offered elective cesarean section in the hope of preserving pelvic floor function? *Int Urogynecol J*, 2005, 16: 253-254
- Oakley, A.** (1972). *Sex, gender and society*. London: Maurice Temple Smith
- O'Boyle, A.L., Davis, G.D., Calhoun, B.C.** (2002). Informed consent and birth: Protecting the pelvic floor and ourselves. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, 187: 981-983
- Obst, L.** (2009). Öffentliche Krankenhäuser. Die Grenzen der Privatisierung. *Dtsch Arztebl*, 2009, 19: C 766-768
- O'Connor, A.M., Rostom, A., Fiset, V., Tetroe, J., Entwistle, V., Llewellyn-Thomas, H., Holmes-Rovner, M., Barry, M., Jones, J.** (1999). Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: Systematic review. *BMJ*, 1999, 319: 731-734
- O'Donovan, L.J.** (2003). Ärztliche Berufung. Vom transzendenten Horizont des Heilens. *Dtsch Arztebl*, 2003, 51-51: B 2801-2806
- OECD** (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2010). OECD Health Data – Frequently Requested Data. Online-Dokument: [http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en\\_2649\\_34631\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html) (Abruf am 10.02.2011)
- OECD Berlin Centre.** Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2009). Deutsches Gesundheitssystem leistungsfähig aber teuer. Online-Dokument: [http://www.oecd.org/document/19/0,3343,de\\_34968570\\_35008930\\_44218963\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/19/0,3343,de_34968570_35008930_44218963_1_1_1_1,00.html) (Abruf am 25.10.2010)
- Osis, M.J., Pádua, K.S., Duarte, G.A., Souza, T.R., Faúndes, A.** (2001). The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet*, 2001, 75: S59-S66
- Oswald, J.** (2008). Die Krankenhauswirtschaft in Zahlen. In: Schmidt-Rettig, B., Eichhorn, S. (Hrsg.). *Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts* (S.55-78). Stuttgart: Kohlhammer
- Paik, J.E.** (2000). The Feminization of Medicine. *JAMA*, 2000, 283: 666
- Pakenham, S., Chamberlain, S.M., Smith, G.N.** (2006). Women's views on elective primary caesarean section. *J Obstet Gynaecol Can*, 2006, 28: 1089-1094
- Palencia, R., Gafni, A., Hannah, M.E., Ross, S., Willan, A.R., Hewson, S., McKay, D., Hannah, W., Whyte, H., Amankwah, K., Cheng, M., Guselle, P.,**

- Helewa, M., Hodnett, E.D., Hutton, E.K., Kung, R., Saigal, S.** (2006). The costs of planned caesarean versus planned vaginal birth in the Term Breech Trial. *CMAJ*, 2006, 174 (8): 1109-1113
- Pang, M.W., Leung, T.N., Lau, T.K., Hang Chung, TK.** (2008). Impact of First Childbirth on Changes in Women's Preference for Mode of Delivery: Follow-up of a Longitudinal Observational Study. *Birth*, 2008, 35: 121-128
- Paré, E., Quiñones, J.N., Macones, G.A.** (2008). Vaginal birth after caesarean section versus elective repeat caesarean section: assessment of maternal downstream health outcomes. *BJOG*, 2008, 113: 75-85
- Paterson-Brown, S., Fisk, N.M.** (1997). Caesarean section: every woman's right to choose? *Curr Opin Obstet Gynecol*, 1997, 9: 351-355
- Pedersen, F.A., Zaslow, M.J., Cain, R.L., Anderson, B.J.** (1981). Cesarean Childbirth: Psychological implications for Mothers and Fathers. *Infant Ment Health J*, 1981, 4: 257-263
- Pelz, F.J.** (2004). Aufklärung – Haftungsrisiko und Chance. *Gynäkologe*, 2004, 37: 8-14
- Penn, Z., Ghaem-Maghami, S.** (2001). Indications for caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*, 2001, 15: 1-15
- Penna, L., Arulkumaran, S.** (2003). Cesarean section for non-medical reasons. *Int J Gynecol Obstet*, 2003, 82: 399-409
- Petitti, D., Olson, R.O., Williams, R.L.** (1979). Cesarean section in California – 1960 through 1975. *Am J Obstet Gynecol*, 1979, 133: 391-397
- Petrou, S., Henderson, J., Glazener, C.** (2001). Economic aspects of caesarean section and alternative modes of delivery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2001, 15 (1): 145-163
- Pevzner, L., Goffman, D., Freda, M.C., Dayal, A.K.** (2008). Patients' attitudes associated with cesarean delivery on maternal request in an urban population. *Am J Obstet Gynecol*, 2008, 198: e35-e37
- Pfadenhauer, M.** (2005). Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S.113-130). Wiesbaden: VS
- Pfaff, H., Hammer, A., Ernstmann, N., Ommen, O., Günster, C., Heller, G.** (2010). Arbeitsbelastung in Krankenhäusern. Die Sicht ärztlicher Direktoren. *Dtsch Arztebl*, 2010, 16: C 644-645
- Pfaff, H.** (2006). Versorgungsforschung: die letzte Meile im Blick. *Dtsch Med Wochenschr*, 2006, 131: 1488-1490
- Pfaff, H.** (2003). Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: H. Pfaff, H., Schrappe, M., Lauterbach, K.W., Engelmann, U., Halber, M. (Hrsg.). *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen* (S. 13-23). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Piper, I., Shvarts, S., Lurie, S.** (2008). Women's preferences for their gynecologist or obstetrician. *Patient Educ Couns*, 2008, 72: 109-114
- PKV.** Verband der privaten Krankenkassen e.V. (2009). Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2008/2009. Online-Dokument: [http://www.pkv.de/w/files/shop\\_zahlenberichte/pkv\\_zahlenbericht\\_2008\\_2009.pdf](http://www.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/pkv_zahlenbericht_2008_2009.pdf) (Abruf am 23.10.10)
- Plante, L.A.** (2006). Public Health Implications of Cesarean Section on Demand. *Obstet Gynecol Surv*, 2006, 61: 807-815
- Poikkeus, P., Saisto, T., Unkila-Kallio, L., Punamaki, R.L., Repokari, L., Vilksa, S., Tiitinen, A., Tulppala, M.** (2006). Fear of childbirth and pregnancy-

- related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstet Gynecol*, 2006, 108: 70-76
- Poisson-Salomon, A.S., Breart, G., Maillard, F., Rabarison, Y., Chavigny, C., Sureau, C., Rumeau-Rouquette, C.** (1986). Can the number of cesarean sections be reduced without risk? An analysis of rates and indications in a university clinic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1986, 22: 297-307
- Porst, S.** (1986). Zur Geschichte der fetalen Herztonaufzeichnung in Deutschland. In: Beck, L. (Hrsg.). *Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe*. Aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (S.119-132). New York, Berlin, Heidelberg: Springer
- Potter, J.E., Hopkins, K., Faúndes, A., Perpétuo, I.** (2008). Women's Autonomy and Scheduled Cesarean Sections in Brazil: A Cautionary Tale. *Birth*, 2008, 35: 33-40
- Potter, J.E., Berquó, E., Perpétuo, I.H., Leal, O.F., Hopkins, K., Souza, M.R., Formiga, M.C.** (2001). Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*, 2001, 323: 1155-1158
- Press, J.Z., Klein, M.C., Kaczorowski, J., Liston, R.M., von Dadelszen, P.** (2007). Does Cesarean Section Reduce Postpartum Urinary Incontinence? A Systematic Review. *Birth*, 2007, 34: 228-237
- Prill, H.-J.** (1986). Die Entwicklung der psychosomatischen Geburtshilfe und Gynäkologie. In: Beck, L. (Hrsg.). *Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe*. Aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (S.345-355). New York, Berlin, Heidelberg: Springer
- Qublan, H., Alghoweri, A., Al-Taani, M., Abu-Khait, S., Abu-Salem, A., Merhej, A.** (2002). Cesarean section rate: The effect of age and parity. *J Obstet Gynaecol Res*, 2002, 28: 22-25
- Rabbata, S.** (2009). Arbeitssituation von ÄrztInnen und Ärzten. Mehr Zeit für die Familie gewünscht. *Dtsch Ärztebl*, 2009, 10: C 363
- Rabbata, S.** (2008a). MB fordert rund zehn Prozent mehr Gehalt. *Dtsch Ärztebl*, 2008, 1-2: C 12
- Rabbata, S.** (2008b). Ärztemangel beeinträchtigt die Versorgung. *Dtsch Ärztebl*, 2008, 45: C 1956
- Rakowitz, N.** (2011). Ein Privatrezept von Dr. Rösler. Oder: Was kommt nach der Reform? *Dr. med. Mabuse*, 2011, 189: 22-24
- Rapp, B.** (2010). *Praxiswissen DRG. Optimierung von Strukturen und Abläufen*. Stuttgart: Kohlhammer
- Rath, W.** (2001). Perioperative Blutungs- und Thrombembolieprophylaxe. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). *Sectio caesarea* (S.174-181). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Ratzel, R.** (2003). Die Wunschsectio – eine Frage der Autonomie oder des Zivilrechtes? *Gynäkologe*, 2003, 36: 603-604
- RCOG** (Royal College of General Practitioners) (2012). Royal College of General Practitioners Curriculum Statement. Being a General Practitioner. Online-Dokument: <http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/RCGP-Curriculum-1-Being-a-GP.pdf> (Abruf am 13.09.2012)
- Reddy, U.M., Wapner, R.J., Rebar, R.W., Tasca, R.J.** (2007). Infertility, assisted reproductive technology, and adverse pregnancy outcomes: executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development workshop. *Obstet Gynecol*, 2007, 109: 967-977

- Redlich, A., Köppe, I.** (2001). „Die sanfte Sectio“ – Eine Alternative zur klassischen Sectiotechnik. Prospektiver Vergleich der klassischen Technik mit der Misgav-Ladach-Methode. *Zentralbl Gynakol*, 2001, 123: 638-643
- Rehfeld, U.G.** (2004). Die Demographie schlägt durch. Gesellschaft im Umbruch. *Gynäkologe*, 2004, 37: 591-594
- Reiß, L., Reiß, S., Tinneberg, H.-R., Hackethal, A.** (2011). Zur Zufriedenheit der gynäkologischen Facharztausbildung. Evaluation durch Assistenten und Ausbildungsleiter. *Gynäkologe*, 2011, 44: 647-652
- Retzlaff, L.** (2010). Nur Verteilungsproblem? Hochschulverband rechnet den Ärztemangel beiseite. *MBZ*, 2010, 17: 7
- Rhodes, J.C., Schoendorf, K.C., Parker, J.D.** (2003). Contribution of excess weight gain during pregnancy and macrosomia to the cesarean delivery rate, 1990-2000. *Pediatrics*, 2003, 111: 1181-1185
- Riegl, G.F.** (2008). Die Geburtsklinik als Zugpferd für das Krankenhaus der Zukunft. Wettbewerbsvorteile für Geburtskliniken mit Wöchnerinnenforschung und Benchmarking. *Gynäkologe*, 2008, 41: 28-35
- Ries, R.** (1994). Quelle von tausend Übeln. Vorstellungen von der Gebärmutter und Eierstöcken von der Antike bis heute. In: Ehret-Wagner, B., Stratenwerth, I., Richter, K. (Hrsg). *Gebärmutter – das überflüssige Organ? – Sinn und Unsinn von Unterleibesoperationen* (S.65-77). Reinbeck: Rowohlt
- Riska, E.** (2008). The Feminization Thesis: Discourses on Gender and Medicine. *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 2008, 16: 3-18
- Ritzert, B., Neher, V.** (2004). Ansteigende Kaiserschnittraten: Geburtsmedizin in anderen Umständen. Online-Dokument: [http://www.innovationsreport.de/html/berichte/medizin\\_gesundheit/bericht-33688.html](http://www.innovationsreport.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-33688.html) (Abruf am 18.08.2005)
- Rizk, D.E., El-Zubeir, M.A., Al-Dhaheri, A.M., Al-Mansouri, F.R., Al-Jenaibi, H.S.** (2005). Determinants of women's choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2005, 84: 48-53
- RKI, (Robert-Koch-Institut)** (2007). Gesundheit in Deutschland. Online-Dokument: [http://edoc.rki.de/documents/rki\\_fv/reIXEvoVYRBk/PDF/29CTdE8YupMbw75.pdf](http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reIXEvoVYRBk/PDF/29CTdE8YupMbw75.pdf) (Abruf am 14.02.2012)
- Robson, S.J., Tan, W.S., Adeyemi, A., Dear, K.B.G.** (2009). Estimating the Rate of Cesarean Section by Maternal Request: Anonymous Survey of Obstetricians in Australia. *Birth*, 2009, 36: 208-212
- Robson, M.S.** (2001). Classification of caesarean sections. *Fetal Mat Med Rev*, 2001, 12: 23-39
- Rolle, M.** (2008). Vergleich der Relativgewichte: „Vaginale Entbindung und Schnittentbindung 2007 vs. 2008“. Unveröffentlichtes Manuskript vom 29.09. 2008
- Ronsmans, C., Holtz, S., Stanton, C.** (2006). Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet*, 2006, 368: 1516-1523
- Rortveit, G., Daltveit, A.K., Hannestad, Y.S., Hunskaar, S.** (2003). Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*, 2003, 10: 900-907
- Rose, L., Schmied-Knittel, S.** (2011). Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biographischem Event und kritischem Ereignis. In: Villa, P.-I., Möbius, S., Thiessen, B. (Hrsg.). *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven* (S.75-100). Frankfurt, New York: Campus
- Rosen, P., Anell, A., Hjortsberg, C.** (2001). Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy*, 2001, 55: 121-128

- Rosenthal, A.** (1999). Maternal age is important. *BMJ*, 1999, 318: 121-122
- Roset, E., Boulvain, M., Irion, O.** (2003). Nonclosure of the peritoneum during caesarean section: long-term follow-up of a randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2003, 108: 40-44
- Rott, P., Siedentopf, F., Schücking, B., Kentenich, H.** (2000). Wunschsektion und vaginale Geburt – psychologische Aspekte. *Gynäkologe*, 2000, 33: 887-890
- Roter, D.L., Hall, J.A., Aoki, Y.** (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication. A Meta-analytic Review. *JAMA*, 2002; 288: 756-764
- Rowe-Murray, H.J., Fisher, J.R.** (2001). Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. *BJOG*, 2001, 108: 1068-1075
- Rühmkorf, D.** (2007). Freiwillig ackern bis zum Umfallen? Dr. med. Mabuse, 2007, 166: 61-63
- Rüttimann, B.** (2001). Historische Probleme des Kaiserschnittes. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.) *Sectio caesarea* (S.14-18). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Ryan, K., Schnatz, P., Green, J., Curry, S.** (2005). Change in cesarean section rate as a reflection of the present malpractice crises. *Conn Med*, 2005, 69: 139-141
- Sackett, D.L., Wennberg, J.E.** (1997). Choosing the best research design for each question. It's time to stop squabbling over the "best" methods. *BMJ*, 1997, 315: 1636
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes R.B., Richardson, W.S.** (1996). Evidence-based Medicine: What It Is and What It Isn't. *BMJ*, 1996, 312: 71-72
- Sailer, M.** (2006). Gesundheitsökonomie und Managementqualifikationen für Mediziner. In: Thiede, A., Gassel, H.-J. (Hrsg.). *Krankenhaus der Zukunft* (S.285-288). Heidelberg: Kaden
- Salis, B.** (2008). Irren ist menschlich. *Hebammenforum*, 2008, 12: 981-983
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E.** (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2006, 85: 1315-1319
- Saisto, T., Halmesmäki, E.** (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003, 82: 201-208
- Samerski, S.** (2012). Informierte Entscheidung für PatientInnen – wieviel Wissen tut gut? Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript vom 9.05.2012 im Rahmen der Info- und Diskussionsveranstaltung „Informierte Entscheidung für PatientInnen – wieviel Wissen tut gut?“ der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen. Bremen
- Sami, S., Baloch, S.N.** (2004). Perinatal mortality rate in relation to gender. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2004, 14: 545-548
- Savage, W.** (1979). Perinatal mortality trends. *Medicine in Society*, 1979, 5: 20-26
- Savage, W., Francome, C.** (2007). British consultants' attitudes to caesareans. *J Obstet Gynaecol*, 2007, 27: 354-359
- Sawicki, P.T.** (2005). Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. *Med Klin*, 2005, 100: 755-768
- Sayn-Wittgenstein, F. zu** (2007). Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern. Hans Huber
- Schach, C.** (2008). Immer jünger in die Sprechstunde? Wie Mädchen und junge Frauen zu Patientinnen gemacht werden. Sonderheft Rundbrief Nr.25. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

- Dokumentation der 22. Netzwerktagung: Mädchen und junge Frauen – ihre Lebenswelten – ihre Gesundheit. 2008, 23-31.
- Schach, C.** (2007). Kaiserschnitt auf Wunsch – Positionierung der niedergelassenen FrauenärztInnen in der Entscheidungsfindung im Land Bremen. Online-Dokument: [http://www.praevention.uni-bremen.de/doc/Wunschkaiserschnitt\\_Schach.pdf](http://www.praevention.uni-bremen.de/doc/Wunschkaiserschnitt_Schach.pdf) (Abruf am 14.02.2011)
- Schach, C.** (2006). Exkurs: Analyse von Internet-Foren zu Pro und Contra des „Wunschkaiserschnitts“. In: Lutz, U., Kolip, P. Die GEK-Kaiserschnittstudie (GEK-Edition; Bd. 42) (S.116-124). Stankt Augustin: Asgard
- Schäfer, D.** (2009). Geschichte des Kaiserschnitts. In: Stark, M. (Hrsg.). Der Kaiserschnitt. Indikationen – Hintergründe – Operatives Management der Misgav-Ladach-Methode (S.2-26). München: Urban & Fischer
- Schätzler, T.G.** (2011). Kopflös in die Kopfpauschale. Dr. med. Mabuse, 2011, 189: 31-33
- Scheibler, F.** (2004). Shared Decision-Making – Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Schelling, P.** (2004). Medizinischer Standard und Organisationsverantwortung in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen. Gynäkologe, 2004, 1: 65-68
- Schindl, M., Birner, P., Reingrabner, M., Joura, E., Husslein, P., Langer, M.** (2003). Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. Acta Obstet Gynecol Scand, 2003, 82: 834-840
- Schlack, H.G.** (2007). Sozialpädiatrie. In: Niessen, K.-H. (Hrsg.). Pädiatrie (S.48-56). Stuttgart: Thieme
- Schlinzig, T., Johansson, S., Gunnar, A., Ekström, T.J., Norman, M.** (2009). Epigenetic modulation at birth – altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section. Acta Paediatr, 2009, 98: 1096-1099
- Schmacke, N.** (2012). Versorgungsforschung und die Patientenperspektive. G+S, 2012, 3: 59-63
- Schmacke, N.** (2008). Ärztemangel? Viele Fragen werden noch nicht diskutiert. Dr. med. Mabuse, 2008, 173: 30-33
- Schmacke, N.** (2005a). Patientenorientierung: mehr als ein Schlagwort? Stand der Forschung und Visionen. In: Helmert, U., Schumann, H., Jansen-Bitter, H. (Hrsg.). Souveräne Patienten? Die Wiederentdeckung des Patienten im 21. Jahrhundert. (S.87-94). Augsburg: Maro
- Schmacke, N.** (2005b). Rituale der modernen Medizin. Online-Dokument: [http://www.mabuse-verlag.de/chameleon/outbox/public/4/154\\_Schmacke.pdf](http://www.mabuse-verlag.de/chameleon/outbox/public/4/154_Schmacke.pdf) (Abruf am 14.12.2011)
- Schmacke, N.** (2004). Versorgungsforschung – auf dem Weg zu einer Theorie der „letzten Meile“. Gesundh ökon Qual manag, 2004, 9: 167-171
- Schmailzl, K.J.G., Glüsing, D., Grieg, R., Parsche, R., Schwuchow, J.** (2008). Lungenarterienembolie: Herztod in der Geburtsmedizin. Gynäkologe, 2008, 41: 436-448
- Schmerl, C.** (2002). Die Frau als wandelndes Risiko: Von der Frauenbewegung zur Frauengesundheitsbewegung bis zur Frauengesundheitsforschung. In: Hurrelmann, K., Kolip, P. (Hrsg.). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich (S.32-52). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Schmidt, W., Hendrik, H. J.** (2001). Mütterliche Kurz- und Langzeitmorbidity der Geburt im Spiegel der zunehmenden Lebenserwartung. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). Sectio caesarea (S.54-57). Bremen, London, Boston: Uni-Med



- Schmidt-Rettig, B.** (2008a). Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung. In: Schmidt-Rettig, B., Eichhorn, S. (Hrsg.). Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts (S.379-400). Stuttgart: Kohlhammer
- Schmidt-Rettig, B.** (2008b). Betriebskostenfinanzierung und Vergütungssystem. In: Schmidt-Rettig, B., Eichhorn, S. (Hrsg.). Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts (S.401-426). Stuttgart: Kohlhammer
- Schmitt-Sausen, N.** (2011). Pilotprojekt „agnes zwei“. Dtsch Ärztebl, 2011, 14: A 748
- Schmolling, J., Nuding, B.** (2004). Veränderungen des unteren Harntrakts nach spontaner vaginaler Entbindung. Gynäkologe, 2004, 37: 163-164
- Schnabel, P.-E.** (2009). Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und Chancen (S.33-55). In: Roski, R. (Hrsg.). Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS
- Schneider, H.** (2008). Natürliche Geburt oder „Wunsch-Section“? Gynäkologe, 2008, 1: 36-41
- Schneider, H.** (2002). Die Wunsch-Section – Eine gleichwertige Alternative zur Spontangeburt? Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch, 2008, 42: 4-11
- Schneider, I.** (2003). Gesundheit und Selbstbestimmung aus frauenpolitischer Perspektive. In: Schücking, B. (Hrsg.). Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe (S.69-91). Göttingen: V&R unipress GmbH
- Schneider, K.T.M., Schelling, M., Gniers, J., Lack, N.** (2001). Wunschsection und Morbiditätsrisiken bei Mutter und Kind. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). Section caesarea (S.118-121). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Schott, T.** (1993). Patientenorientierung. In: Badura, B., Feuerstein, G., Schott, T (Hrsg.). System Krankenhaus: Arbeit, Technik und Patientenorientierung (S.254-269). München, Weinheim: Juventa
- Schücking, B.** (2004). Wunschkaiserschnitt – Selbstbestimmt und risikolos? Dr. med. Mabuse, 2004, 148: 27-30
- Schücking, B.** (2002). Generative Gesundheit von Frauen. In: Hurrelmann, K., Kolip, P. (Hrsg.). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich (S.225-240). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Schulte, F.J., Speer, C.P.** (2007). Asphyxie und Geburtstrauma. In: Lentze, M. J., Schaub, J., Schulte, F.J., Spranger, J. (Hrsg.). Pädiatrie (S.451-452). Heidelberg: Springer
- Schulte-Sasse, U.** (2009). Fehler durch Kostendruck: Keine rechtlichen Konsequenzen bei „Managerpfusch“. Dtsch Ärztebl, 2009, 42: A 2061-2062
- Schulten, T., Böhlke, N.** (2010). Auf Kosten der Beschäftigten. Privatisierung von Kliniken. Dr. med. Mabuse, 2010, 186: 28-31
- Schwartz, P.H., Meslin, E.M.** (2008). The ethics of information: Absolute risk reduction and patient understanding of screening. J Gen Intern Med, 2008, 23: 867-870
- Schwartz, F.W., Scriba, P.C.** (2004). Versorgungsforschung und Politikberatung. Gesundh ökon Qual manag, 2004, 9: 161-166
- Schwartz, F.W., Busse, R.** (2003). Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (S. 518-545). München: Urban & Fischer

- Schwartz**, F.W. (1999). Mehr Patientenorientierung durch die Gesundheitsreform 2000? Public Health Forum, 1999, 26: 9-11
- Schwarz**, C. (2008). Interdisziplinäres Arbeiten? Ja bitte! Hebammenforum, 2008, 2: 78-84
- Schwarz**, C., **Schücking**, B. (2004). Adieu, normale Geburt? Dr. med. Mabuse, 2004, 148: 22-25
- Schwenger-Holst**, I. (2006). Das deutsche Gesundheitswesen – von der Pleite zum Import-Exportschlager? In: Thiede, A., Gassel, H.-J. (Hrsg.). Krankenhaus der Zukunft (S.727-733). Heidelberg: Kaden
- Schwenzer**, T., **Schwenzer**, C. (2010). Kosten und Erlöse für eine Geburt in Deutschland. Eine Analyse auf der Basis der Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Z Geburtsh Neonatol, 2010, 214: 188-197
- Schwering**, H. (2011). Krankenhaus: Nebensache Patient. Eine Anklageschrift. Dr. med. Mabuse, 2011, 189: 36-37
- Seelbach-Göbel**, B. (2010). Struktur und Refinanzierung in der Geburtshilfe – trägt sich die Geburt im Perinatalzentrum Level I? Z Geburtsh Neonatol, 2010, 214: 198-204
- Seebach-Göbel**, B., **Wulff**, K.H. (1998). Der Indikationswandel zur operativen Entbindung. Gynäkologe, 1998, 31: 724-733
- Seidel**, H.-C. (1998). Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland. Stuttgart: Steiner
- Serçekuş**, P., **Okumuş**, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. Midwifery, 2009, 25: 155-162
- Sharma**, G., **Chervenak**, F.A., **McCullough**, L.B., **Minkoff**, H. (2004). Ethical Considerations in Elective Cesarean Delivery. Clin Obstet Gynecol, 2004, 47: 404-408
- Shearer**, E.L. (1993). Cesarean Section Rates: Medical Benefits And Costs. Soc. Sci. Med., 1993, 37 (10): 1223-1231
- Sieber**, U. (2010). Gesunder Zweifel: Einsichten eines Pharmakritikers – Peter Sawicki und sein Kampf für eine unabhängige Medizin. Berlin: BERLIN
- Siegele**, M. (2007). Diagnostik, Management und Prävention der Schulterdystokie. In: Wacker, J., Sillem, M., Bastert, G., Beckmann, M.W. (Hrsg.). Therapiehandbuch Gynäkologie und Geburtshilfe (S.153-157). Heidelberg: Springer
- Simm**, A., **Mathew**, D. (2008). Caesarean section: techniques and complications. Obstet Gynaecol Reprod Med, 2008, 18: 93-98
- Simmer**, H. H. (1986). Gynäkologische Endokrinologie in den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie von 1886 bis 1935 – Beiträge deutschsprachiger Frauenärzte. In: Beck, L. (Hrsg.). Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Aus Anlaß des 100jährigen Bestehen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (S.183-219). New York, Berlin, Heidelberg: Springer
- Simon**, M. (2011). Gesundheitssystem im Umbruch. Auf dem Weg zur Privatisierung der Krankenkassen. Dr. med. Mabuse, 2011, 189: 28-30
- Smith**, J., **Plaat**, F., **Fisk**, N.M. (2009). "The natural caesarean". Birth, 2009, 36: 356
- Smith**, J., **Plaat**, F., **Fisk**, N.M. (2008). The natural caesarean: a woman-centred technique. BJOG, 2008, 115: 1037-1041
- Smith**, G.C., **Pell**, J.P., **Dobbie**, R. (2003). Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. Lancet, 2003, 362: 1779-1784

- Smith, G.C., Pell, J.P., Cameron, A.D., Dobbie, R.** (2002). Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA*, 2002, 287: 2684-2690
- Smith, J.F., Hernandez, C., Wax, J.R.** (1997). Fetal laceration injury at cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 1997, 90: 344-346
- Sohn, C.** (2011). Von der Geschichte der Geburtsmedizin zum Dilemma der Pränatalmedizin. In: Ditz, S., Schlehofer, B., Sohn, C., Herzog, W., Siedentopf, F., Rauchfuß, M. (Hrsg.). *Nichts ist unmöglich!? – Frauenheilkunde in Grenzbereichen Beiträge der 39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V.* (S.43-48). Frankfurt: Mabuse
- Souchon, R., Herberhold, D.** (2008). Zur Vereinbarkeit von ärztlichem Handeln und sozialem Auftrag von Krankenhäusern im Zeitalter der DRG. In: Gethmann-Siefert, A., Thiele, F. (Hrsg.). *Ökonomie und Medizinethik* (S.271-279). München: Wilhelm Fink
- Souza, J.P., Gülmezoglu, A., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Carroli, G., Fawole, B., Ruyan, P., WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group.** (2010). Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. Online-Dokument: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2993644/pdf/1741-7015-8-71.pdf> (Abruf am 8.03.2011)
- Spelsberg, A.** (2012). Mündige Patientinnen und Patienten, informierte Selbsthilfe oder interessen geleitete Wissensvermittlung durch Einflussnahme mächtiger Lobbyisten? *impulse*, 2012, 74: 17-18
- Spielberg, P.** (2009). Medizintourismus. Individuelle Rundumbetreuung erwünscht. *Dtsch Ärztebl*, 2009, 47: C 1973
- Stacey, D., Bennett, C.L., Barry, M.J., Col, N.F., Eden, K.B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Légaré, F., Thomson, R.** (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 10. Online-Dokument: [http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/Cochrane\\_Summary.pdf](http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/Cochrane_Summary.pdf) (Abruf am 14.08.2012)
- Stamer, M., Richter, P., Menze, B., Beesten, S., Schmacke, N.** (2011). Shared Decision Making oder Kommunikative Kompetenzen? Abschlussbericht. Bremen 2011. Online-Dokument: [http://www.akg.uni-bremen.de/pages/arbeitspapierBeschreibung.php?ID=34&SPRACHE=DE&Bestell\\_AP=e8e140caf5312c02bea39ab4e27fe79c](http://www.akg.uni-bremen.de/pages/arbeitspapierBeschreibung.php?ID=34&SPRACHE=DE&Bestell_AP=e8e140caf5312c02bea39ab4e27fe79c) (Abruf am 14.09.2012)
- Stamer, M.** (2011). Der Umgang mit Risiken – Hausärztliche Versorgung zwischen Tradition und Moderne. Weinheim: Juventa
- Stamer, M.** (2010). Ärztinnen im deutschen Gesundheitssystem. Gesucht: Chefärztinnen und Professorinnen. Gefunden: Studentinnen und Assistenzärztinnen. In: Kolip, P., Lademann, J. (Hrsg.). *Frauenblicke auf das Gesundheitswesen* (S. 187-204). Weinheim: Juventa
- Stanton, C., Ronsmans, C. and the Baltimore Group on Cesarean** (2008). Recommendations for Routine Reporting on Indications for Cesarean delivery in Developing Countries. *Birth*, 2008, 35: 204-211
- Stark, M.** (2001). The modified caesarean section. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). *Sectio caesarea* (S.146-150). Bremen, London, Boston: Uni-Med

- Stark, M., Chavkin, Y., Kupfersztain, C., Guedj, P., Finkel, A.R.** (1995). Evaluation of combinations of procedures in cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet*, 1995, 48: 273-276
- Stark, M., Finkel, A.R.** (1994). Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incisions in cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1994, 53: 121-122
- Steimer-Schmid, A.** (2011). Es gibt auch weiterhin viel zu tun... *MBZ*, 2011, 3/4: 1
- Steller, J., Rück, A.** (1997). Geburt. In: Goerke, K., Steller, J., Valet, A. (Hrsg.). *Klinikleitfaden Gynäkologie Geburtshilfe* (S.203-246). Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck: Gustav Fischer
- Stiegler, B.** (2003). Gender Mainstreaming – Postmoderner Schmusekurs oder geschlechterpolitische Chance? Argumente zur Diskussion. Expertisen zur Frauenforschung. Friedrich Ebert Stiftung. Online-Dokument: <http://library.fes.de/pdf-files/asfo/02255.pdf> (Abruf am 14.07.2012)
- Stjernholm, Y.V., Petersson, K., Eneroth, E.** (2010). Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2010, 89: 49-53
- Stoll, W.** (2001). Geschichte der Sectio im 20. Jahrhundert. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.) *Sectio caesarea* (S.21-25). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Stollberg, G.** (2008). Kunden der Medizin? Der Mythos vom mündigen Patienten. In: Saake, I., Vogd, W. (Hrsg.). *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung* (S.345-362). Wiesbaden: VS Springer
- Stolzenberg, R.** (2000). Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser. Von Autonomie und Abgrenzung zu Einfluss und Kooperation. In: Kolip, P. (Hrsg.). *Weiblichkeit ist keine Krankheit* (S.215-237). Weinheim, München: Juventa
- Strauss, G., Schmidt, A. W.** (1990). Lageveränderungen der Genitalorgane. In: Pschyrembel, W., Strauss, G., Petri, E. (Hrsg.). *Praktische Gynäkologie und Geburtshilfe für Studium, Klinik und Praxis* (S.281-319). Berlin, New York: de Gruyter
- Strech, D., Marckmann, G.** (2012). Normative Versorgungsforschung. Eine orientierende Einführung in Themen, Methoden und den Status quo in Deutschland. *G+S*, 2012, 2: 8-15
- Streich, W., Klemperer, D., Butzlaff, M.** (2002). Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen. In: Böcken, J., Braun, B. Schnee, M. (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft* (S.35-51). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Stroth, S., Post, A., Pfuhl, J., Marstedt, G.** (2007). Ratlose Patienten? Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung. Bremen: Temmen
- Strull, W.M., Lo, B., Charles, G.** (1984). Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA*, 1984; 252: 2990-2994
- Stüwe, H.** (2009). Medizin und Recht. Arzt – der durchnormierte Beruf. *Dtsch Ärztebl*, 2009, 13: C 491-492
- Stüwe, H., Gerst, T.** (2008). „Ärzte sind keine Kaufleute, und sie verkaufen keine Ware“. *Dtsch Ärztebl*, 2008, 3: C 59-61
- Svigos, J.** (2010). Maternal Outcomes Associated with Planned Vaginal Versus Planned Primary Cesarean Delivery. F1000: "Changes Clinical Practice". Online-Dokument: <http://www.medscape.com/viewarticle/720648> (Abruf am 8.03.2011)

- SVR.** Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2012). Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Online-Dokument: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf> (Abruf am 14.01.2013)
- SVR.** Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung. Online-Dokument: <http://infomed.mds-ev.de> (Abruf am 14.04.2011)
- SVR.** Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Online-Dokument: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht00/kurz-f-de00.pdf> (Abruf am 5.5.2009)
- SVR.** Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997). Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II. Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Sondergutachten 1997. Kurzfassung. Online-Dokument: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht97/kurz-f-de97.pdf> (Abruf am 5.11.2009)
- SVR.** Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (1992). Ausbau in Deutschland und Aufbruch in Europa. Jahresgutachten 1992. Baden-Baden: Nomos
- Symon, A.** (2000a). Litigation and defensive clinical practice: quantifying the problem. *Midwifery*, 2000, 16: 8-14
- Symon, A.** (2000b). Litigation and changes in professional behaviour: a qualitative appraisal. *Midwifery*, 2000, 16:15-21
- Szasz, T., Hollender, M.** (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Arch Intern Med*, 1956, 97: 585-592
- Szucs, T.D.** (2001). Medizinisch-ökonomische Aspekte der vaginalen Geburt im Vergleich zur Section caesarea. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). *Section caesarea* (S.39-42). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Tang, S., Li, X., Wu, Z.** (2006). Rising cesarean delivery rate in primiparous women in urban China: evidence from three nationwide household health surveys. *Am J Obstet Gynecol*, 2006, 195: 1527-1532
- Tapson, V.F.** (2008). Acute pulmonary embolism. *N Engl J Med*, 2008, 358: 1037-1052
- Taschner, U., Scheck, K.** (2012). *Meine Wunschgeburt. Selbstbestimmt gebären nach Kaiserschnitt: Begleitbuch für Schwangere, ihre Partner und geburtshilfliche Fachpersonen.* Salzburg: edition riedenburg
- Tegethoff, D.** (2011). Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe. In: Villa, P.-I., Moebius, S., Thiessen, B. (Hrsg.). *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven* (S.101-128). Frankfurt, New York: Campus
- Thavagnanam, S., Fleming, J., Bromley, A., Shields, M.D., Cardwell, S.R.** (2007). A Meta-analysis of Association between Caesarean section and Childhood asthma. *Clin Exp Allergy*, 2007, 38: 629-633
- Thomas, J., Paranjothy, S.** (2001). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. National Sentinel Caesarean Section Audit Report. RCOG
- Thornton, M.J., Lubowski, D.Z.** (2006). Obstetric-induced incontinence: a black hole of preventable morbidity. *Aust N Z J Obstet Gynecol*, 2006, 46: 468-473

- Tielker, W.** (2003). Der Mythos von der Idee Europa. Zur Kritik und Bedeutung historischer Entwicklungsgesetze bei der geistigen Verankerung der europäischen Vereinigung. Münster, Hamburg, London: Lit
- Timmer, A.** (2012). Weiterbildung. Plädoyer für die evidenzbasierte Medizin. Dtsch Ärztebl, 2012, 27-28: A1418-A1422
- Tollånes, M.C., Moster, D., Daltveit, A.K., Irgens, L.M.** (2008). Cesarean Section and Risk of Severe Childhood Asthma: A Population-Based Cohort Study. J Pediatr, 2008, 153: 112-116
- Tolmein, O.** (2013). Anforderungen nicht erfüllt. Hürden des neuen Patientenrechtegesetz. Dr. med. Mabuse, 2012, 201: 49
- Tranquilli, A.L., Giannubilo, S.R.** (2004). Cesarean delivery on maternal request in Italy. Int J Gynecol Obstet, 2004, 84: 169-170
- Tröhler, U.** (1999). Frauen unter dem Messer – auch eine Geschichte der Chirurgie. Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch, 1999, 39: 199-206
- Turner, C.E., Young, J.M., Solomon, M.J., Ludlow, J., Benness, C., Phipps, H.** (2008). Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. BJOG, 2008, 115: 1494-1502
- Tussing, A.D., Wojtowycz, M.A.** (1997). Malpractice, defensive medicine, and obstetric behaviour. Med Care, 1997, 35: 172-191
- Tutera, G., Newman, R.L.** (1975). Fetal monitoring: its effect on the perinatal mortality and cesarean section rates and its complications. Am J Obstet Gynecol, 1975, 122: 750-754
- Ulrich, B.C.** (2006). Die Chirurgie zwischen Realität und Anspruch – Betrachtung des Berufsbildes unter sich verändernden Rahmenbedingungen. In: Thiede, A., Gassel, H.-J. (Hrsg.). Krankenhaus der Zukunft (S.39-44). Heidelberg: Kaden
- Ulsenheimer, K.** (2005). Grenzen der Finanzierbarkeit ärztlicher Leistungen. Gynäkologe, 2005, 38: 78-80
- Ulsenheimer, K.** (2001). Operative Wunscheingriffe aus rechtlicher Sicht. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). Sectio caesarea (S.125-130). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Ulsenheimer, K.** (2000). Wunschsektio: forensische Aspekte. Gynäkologe, 2000, 33: 882-886
- Ulsenheimer, K.** (1998). Ärztliche Aufklärung vor der Geburt. Gynäkologe, 1998, 31: 799-805
- UNICEF** (United Nations Children's Fund), **WHO** (World Health Organization), **UNFPA** (United Nations Population Fund) (1997). Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. Online-Dokument: [http://www.childinfo.org/files/maternal\\_mortality\\_finalgui.pdf](http://www.childinfo.org/files/maternal_mortality_finalgui.pdf) (Abruf am 10.02.2011)
- Uskul, A.K., Ahmad, F.** (2003). Physician-patient interaction: A gynecology clinic in Turkey. Soc Sci Med, 2003, 57: 205-215
- van Dulmen, A.M., Bensing, J.M.** (2000). Gender differences in gynecologist communication. Women Health, 30: 49-61
- van Ham, M.A., van Dongen, P.W., Mulder, J.** (1997). Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1997, 74: 1-6
- van Roosmalen, J.** (1999). Unnecessary caesarean sections should be avoided. BMJ 1999, 318: 121
- van Wagner, V.** (2004). Thinking Through The Debate About Caesarean Section "On Demand". CJMRP, 2004, 1: 12-28

- Varga, P., Bódis, J.** (2001). Comparative evaluation of the Misgav Ladach cesarean section with two traditional techniques. The first four years' experience. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001, 80: 90-91
- Varner, M.** (2008). Editor's Commentary. *BJOG*, 2008, 115: 1042
- Vera, A.** (2009). Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen – eine interdisziplinäre Analyse. *Gesundheitswesen*, 2009, 71: 161-162
- Vetter, K.** (2009). Die Finanzierung ist problematisch. Was müssen Entbindungskliniken heute leisten, und wo liegen die Schwierigkeiten? *Gynäkologe*, 2009, 42: 378-381
- Vetter, K., Goeckenjan, M.** (2005). Ärztliche Beratung zur Geburt. *Gynäkologe*, 2005, 38: 639-646
- Vetter, K.** (2001). Sectio caesarea – Risiken für die nachfolgende Schwangerschaft. In: Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (Hrsg.). *Sectio caesarea* (S.60-66). Bremen, London, Boston: Uni-Med
- Villa, P.I., Moebius, S., Thiessen, B.** (2011). Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven – Eine Einführung. In: Villa, P.-I., Moebius, S., Thiessen, B. (Hrsg.). *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven* (S.7-21). Frankfurt, New York: Campus
- Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., Faundes, A., Velazco, A., Bataglia, V., Langer, A., Narváez, A., Valladares, E., Shah, A., Campodónico, L., Romero, M., Reynoso, S., de Pádua, K.S., Giordano, D., Kublickas, M., Acosta, A.**, World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. Online-Dokument: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078636/> (Abruf am 8.03.2011)
- Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A., Shah, A., Campodónico, L., Bataglia, V., Faundes, A., Langer, A., Narváez, A., Donner, A., Romero, M., Reynoso, S., de Pádua, K.S., Giordano, D., Kublickas, M., Acosta, A.**, WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group (2006) Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 2006, 367: 1819-1829
- Vimercati, A., Greco, P., Kardashi, A., Rossi, C., Loizzi, V., Scioscia, M., Loverro, G.** (2000). Choice of cesarean section and perception of legal pressure. *J Perinat Med*, 2000, 28:111-117
- Visco, A.G., Viswanathan, M., Lohr, K.N., Wechter, M.E., Gartlehner, G., Wu, J.M., Palmieri, R., Funk, M.J., Lux, L., Swinson, T., Hartmann, K.** (2006). Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*, 2006, 108: 1517-1529
- Voltmer, E., Spahn, C., Westermann, J.** (2009). Psychosoziale Belastungen werden zu wenig thematisiert. *Dtsch Arztebl*, 2009, 8: C 305-306
- Wagner, W.** (2007). Ohne Ende Überstunden? Der Streit um die Arbeitsbedingungen der Klinikärzte. *Dr. med. Mabuse*, 2007, 170: 16-18
- Wagner, M.** (2000). Choosing caesarean section. *Lancet*, 2000, 356: 1677-1680
- Walby, S.** (2002). Feminism in a Global Age. *Economy and Society*, 2002, 31: 533-557
- Waldenström, U.** (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and Birth*, 2007, 20: 175-180

- Waldenström, U., Hildingsson, I., Ryding, E.L.** (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*, 2006, 113: 638-646
- Walkenhorst, U., Schäfer, T.** (2012). Gemeinsam handeln. Ärzte und Gesundheitsfachberufler in der Ausbildung. *Dr. med. Mabuse*, 2012, 197: 35-37
- Walker, R., Turnbull, D., Wilkinson, C.** (2004). Increasing cesarean section rates: exploring the role of culture in an Australian community. *Birth*, 2004, 31: 117-124
- Wallacher, J.** (2011). Restrisiko Atomkraft. Abenteuer Forschung. ZDF-Spezial. (16.03.2011, 22:15) Online-Dokument: <http://www.zdf.de/ZDFmediathek/hauptnavigation/sendung-verpasst#/beitrag/video/1273996/Restrisiko-Atomkraft> (Abruf am 17.03.2011)
- Wallerstein, N.** (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Promot*, 1992, 6: 197-205
- Wasem, J.** (1999). Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. Neuss: Janssen-Cilag
- Watzlawick, P.; Beavin, J. H.; Jackson, D. D.** (2000): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Wax, J.R.** (2006). Maternal request cesarean versus planned spontaneous vaginal delivery: maternal morbidity and short term outcomes. *Semin Perinatol*, 2006, 30: 247-252
- Wax, J.R., Cartin, A., Pinette, M.G., Blackstone, J.** (2006). Patient Choice Cesarean – The Maine Experience. *BIRTH*, 2006, 32: 203-206
- Weaver, J.J., Statham, H., Richards, M.** (2007). Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth*, 2007, 34: 32-41
- Weis, H.-C.** (2001). Marketing. Ludwigshafen: Kiehl
- Weiß, M.** (2007). Wie hat sich die Hebammenarbeit in den letzten 20 Jahren verändert? *Die Hebamme*, 2007, 20: 7-13
- Weise, W.** (1998). Schnittstelle zwischen Praxis und Klinik aus ökonomischer Perspektive. Auswirkungen gesundheitspolitischer Planungen auf Gynäkologie und Geburtshilfe. *Gynäkologe*, 1998, 31: 623-628
- Welsch, H., Wischnik, A.** (2006). Müttersterblichkeit. In: Schneider, H., Husslein, P., Schneider, K.T.M. (Hrsg). *Die Geburtshilfe* (S. 1049-1063). Heidelberg, New York: Springer
- Welsch, H.** (1997). Müttersterblichkeit während Geburt und Wochenbett bei vaginaler Entbindung und Sectio caesarea. *Gynäkologe*, 1997, 30: 742-756
- Welsch, W.** (2002). Unsere postmoderne Moderne. Berlin: Akademie
- Wheeler, T.L., Richter, H.E.** (2007). Delivery method, anal sphincter tears and fecal incontinence: new information on a persistent problem. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2007, 19: 474-479
- WHO** (World Health Organisation) (2009). Kaiserschnittraten im europäischen Vergleich. Online-Dokument: <http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse> (Abruf am 3.04.2009)
- WHO** (World Health Organisation) (2005). The World Health Report 2005. Make every mother and child count. Online-Dokument: [http://www.who.int/whr/2005/whr2005\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf) (Abruf am 18.08.2010)
- WHO**. World Health Organization (1998). Gender and Health a Technical Paper. Online-Dokument: [http://www.who.int/docstore/gender-and-health/pages/WHO%](http://www.who.int/docstore/gender-and-health/pages/WHO%20Gender%20and%20Health%20Technical%20Paper.pdf)



- 20%20Gender%20and%20Health%20Technical%20Paper.htm (Abruf am 5.08.2012)
- WHO**. World Health Organization (1994). A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. Online-Dokument: [http://www.who.int/genomics/public/eu\\_declaration1994.pdf](http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf) (Abruf am 5.08.2012)
- WHO** (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Online-Dokument: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf) (Abruf am 28.10.2010)
- WHO** (World Health Organisation) (1985). Appropriate Technology For Birth. *Lancet*, 1985, 8452: 436-437
- Wichterich**, C. (2007). Feminismus-Debatte. Paradoxie der Integration. *taz. die tageszeitung*. Online-Dokument: <http://www.taz.de/!5068/> (Abruf am 14.07.2012)
- Wickwire**, J.C., **Gross**, J.B. (2004). From Preop to Postop: Cesarean Delivery From the Anesthesiologist's Point of View. *Clin Obstet Gynecol*, 2004, 47: 299-316
- Widmann-Mauz**, A. (2006). Überlegungen aus der Bundespolitik zur Krankenhausstrukturentwicklung. In: Thiede, A., Gassel, H.-J. (Hrsg.). *Krankenhaus der Zukunft* (S.3-9). Heidelberg: Kaden
- Wilkinson**, C., **McIlwaine**, G., **Boulton-Jones**, C., **Cole**, S. (1998). Is a rising caesarean section inevitable? *Br J Obstet Gynaecol*, 1998, 105(1): 45-52
- Wilmanns**, J. C. (1995). Das Medizinstudium von Frauen in Deutschland – eine Errungenschaft unseres Jahrhunderts. *Arch Gynecol Obstet*, 1995, 257: 712-719
- Wilm**, S., **Knauf**, A., **Peters**, T., **Bahrs**, O. (2004). Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? At which Point Does the General Practitioner interrupt his Patients at the Beginning of a Consultation? *Z Allg Med*, 2004; 80: 53-57
- Windschitl**, P.D., **Weber**, E.U. (1999). The interpretation of "likely" depends on the context, but "70%" is 70%-right? The influence of associative processes on perceived certainty. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn*, 1999, 25: 1514-1533
- Wilson**, L., **Brown**, J.S., **Shin**, G.P., **Luc**, K.-O., **Subak**, L.L. (2001). Annual Direct Cost of Urinary Incontinence. *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 98: 398-406
- Wilson**, R.A. (1966). *Die vollkommene Frau. Keine kritischen Jahre mehr. Östrogen: Geschenk der Wissenschaft*. München: Kindler
- Winter**, R. (2009). Ein Plädoyer für kritische Perspektiven in der qualitativen Forschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*. Vol.12, No.1, Art.7. Online-Dokument: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs> (Abruf am 8.08.2011)
- WMA** (World Medical Association) (2008). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Online-Dokument: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf> (Abruf am 5.09.2012)
- Wolf**, A. (2008). Belastungen in Gesundheitsberufen. Ein Überblick. *Dr. med. Mabase*, 2008, 174: 26-28
- Wood**, R.M., **Simon**, H., **Oz**, A.U. (1999). Pelosi-type vs. traditional cesarean delivery. A prospective comparison. *J Reprod Med*, 1999, 44: 788-795
- Wright**, M., **Block**, M., **von Unger**, H. (2007). Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Ein Modell zur Beurteilung von Beteiligung. *Info\_Dienst für Gesundheitsförderung*, 2007, 3: 4-5
- Wright**, J.B., **Wright**, A.L., **Simpson**, N.A., **Bryce**, F.C. (2001). A survey of trainee obstetricians preferences for childbirth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2001, 97: 23-25

- Wu, S., Kocherginsky, M., Hibbard, U.** (2005). Abnormal placentation: twenty year analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 2005, 192: 1458-1461
- Wu, J., Viguera, A., Riley, L., Cohen, L., Ecker, J.** (2002). Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, 187: 864-867
- Wulf, H.** (1998). Eduard C.J. von Siebold: "Über die Anwendung der Schwefel-Äther-Dämpfe in der Geburtshilfe" (1847). Ein Beitrag zum Beginn der modernen geburtshilflichen Analgesie und Anästhesie in Deutschland. *Anaesthesist*, 1998, 47: 496-500
- Wyllie, J.** (2005). Applied physiology of newborn resuscitation. *Curr Paediatr*, 2005, 15: 143-150
- Xavier, P., Ayres-De-Campos, D., Reynolds, A., Guimarães, M., Costa-Santos, C., Patrício, B.** (2005). The modified Misgav-Ladach versus the Pfannenstiel-Kerr technique for cesarean section: a randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2005, 84:878-882
- Xirasagar, S., Lin, H.-C.** (2007). Maternal request CS – Role of teaching status and for-profit ownership. *EJOG*, 2007, 132: 27-34
- Yang, S.N., Shen, L.J., Ping, T., Wang, Y.C., Chien, C.W.** (2011). The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *J Affect Disord*, 2011, 3: Online-Dokument: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21377210> (Abruf am 3.03.2011)
- Yang, Y.T., Mello, M.M., Subramanian, S.V., Studdert, D.M.** (2009). Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal birth after cesarean section. *Med Care*, 2009, 47: 234-242
- Yeast, J.D., Jones, A., Poskin, M.** (1999). Induction of labor and the relationship to cesarean delivery: A review of 7001 consecutive inductions. *Am J Obstet Gynecol*, 1999, 180: 628-633
- Young, D.** (2007). New Evidence on Cesareans. *Birth*, 2007, 34: 1-2
- Young, D.** (2006). "Cesarean delivery on Maternal Request": Was the NIH Conference Based on a Faulty Premise? *Birth*, 2006, 33: 171-174
- Zacherl, H.** (1955). Kritische Stellungnahme zu den Indikationen zur Sectio. *Arch Gynäk*, 1955, 185: 41-52
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., Trevisanuto, D.** (2010). Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*, 2010, 37: 275-279
- Zanardo, V., Simbi, A.K., Franzoi, M., Soldà, G., Salvadori, A., Trevisanuto, D.** (2004). Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr*, 2004, 93: 643-647
- Zander, J.** (1986). Meilensteine in der Gynäkologie und Geburtshilfe – 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Beck, L. (Hrsg.). *Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Aus Anlaß des 100jährigen Bestehen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (S.27-62). New York, Berlin, Heidelberg: Springer
- Zander, J., Goetz, E.** (1986). Hausgeburten und klinische Entbindung im Dritten Reich (Über eine Denkschrift der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie aus dem Jahre 1939). In: Beck, L. (Hrsg.). *Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Aus Anlaß des 100jährigen Bestehen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (S.143-157). New York, Berlin, Heidelberg: Springer
- Zehenter, C.** (2000). *Patienten-Ratgeber. Rechte und Selbsthilfe bei Krankheiten*. München: DTB

- Zeidenstein, L.** (2005). Elective cesarean section: How informed is informed? Online Journal of Health Ethics, 2005, (2), 1. Online-Dokument: <http://test2.ojhe.org/index.php/ojhe/article/viewArticle/6/9> (Abruf am 5.09.2012)
- Zhang, J., Troendle, J., Reddy, U.M., Laughon, S.K., Branch, D.W., Burkman, R., Landy, H.J., Hibbard, J.U., Haberman, S., Ramirez, M.M., Bailit, J.L., Hoffman, M.K., Gregory, K.D., Gonzalez-Quintero, V.H., Kominiarek, M., Learman, L.A., Hatjis, C.G., van Veldhuisen, P.** (2010). Contemporary cesarean delivery practice in the United States. Am J Obstet Gynecol, 2010, 203: 326.e1-326.e10
- Zok, K.** (2004). Gestaltungsoptionen in der Gesundheitspolitik. Die Reformbereitschaft von Bürgern und Versicherten im Spiegel von Umfragen. Wissenschaftliches Institut der AOK. Online-Dokument: [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_gesundheitssystem/wido\\_ges\\_mat50\\_0506.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_gesundheitssystem/wido_ges_mat50_0506.pdf) (Abruf am 16.07.2012)
- Zuckerman, M., Navizedeh, N., Feldman, J., McCalla, S., Minkoff, H.** (2002). Determinants of women's choice of obstetrician/gynecologist. J Womens Health Gend Based Med, 2002, 11: 175-180

**ANHANG**

## Anhang 1: Interviewleitfaden

Narrativ-themenfokussierte Eingangsfrage zur Berufsbiographie	Mögliche Nachfragen
<p><i>Zu Anfang des Interviews möchte ich Sie bitten etwas zu Ihrer Entscheidung für diesen Beruf zu erzählen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wie kam es bei Ihnen dazu als FrauenärztIn tätig zu werden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Warum haben Sie sich für ein Medizinstudium entschieden?</li> <li>Welche Gründe spielten eine Rolle bei der Wahl des Fachgebiets Gynäkologie / Geburtshilfe?</li> <li>Gibt es eine persönliche Präferenz für einen Teilbereich der Frauenheilkunde? Warum?</li> </ul>
Fragen zur Einschätzung und Entwicklung der Kaiserschnittraten	Mögliche Nachfragen
<p><i>Kommen wir auf das Thema Kaiserschnittraten zu sprechen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wie ist Ihre Einschätzung zur Entwicklung der Kaiserschnittraten?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Gründe sehen Sie für den Anstieg der Kaiserschnitt-raten?</li> <li>Welche Rolle spielt hierbei der Wunschkaiserschnitt?</li> </ul>
Fragen zu Erfahrungen mit dem Geburtsmodus Wunschkaiserschnitt im Klinikalltag	Mögliche Nachfragen
<p><i>Ein besonderer Fokus dieses Projekts liegt ja auf dem Thema Wunschkaiserschnitt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Wunsch von Schwangeren nach einem Kaiserschnitt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie oft wird der Wunsch danach geäußert?</li> <li>Wie war dann der weitere Ablauf?</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Können Sie von einem Fallbeispiel erzählen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchen Schwangere mit Wunsch nach Kaiserschnitt schon während der Schwangerschaft den Kontakt zu Ihrer Klinik?</li> <li>• In welchem Rahmen?</li> <li>• In welcher Schwangerschaftswoche?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie gehen Sie mit der Äußerung des Wunsches nach Kaiserschnitt um?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie erleben Sie die Situation in der der Wunsch geäußert wird?</li> <li>• Wie geht es Ihnen dabei?</li> <li>• Was ist Ihnen in dieser Situation wichtig?</li> <li>• Was bräuchten Sie in dieser Situation?</li> <li>• Welche Möglichkeiten sehen Sie die Schwangeren zu bewegen ihre Entscheidung zu überdenken?</li> </ul>
<p><i>Können Sie noch etwas genauer von Ihren konkreten Berufserfahrungen im Klinikalltag hierzu berichten?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Gründe werden von den Schwangeren für den Wunsch nach Kaiserschnitt genannt?</li> <li>• Wie ist Ihrer Meinung nach der Informationsstand der Frauen mit einem Wunsch nach Kaiserschnitt über die entsprechenden Risiken und Langzeitfolgen?</li> <li>• Wie weit sind Ihrer Einschätzung nach die Partner in diesen Entscheidungsprozess eingebunden?</li> <li>• Gab es schon Schwangere, die mit dem Wunsch nach Kaiserschnitt in Ihre Geburtsklinik aufgenommen wurden und die dann doch vaginal entbunden haben?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es einen zentralen Punkt, der sich bei den genannten Gründen herauskristallisiert?</li> <li>• Spielt der Einfluss (weiterer) Dritter eine Rolle?</li> <li>• Was war hierfür Ihrer Meinung nach ausschlaggebend?</li> <li>• Wie haben Sie die Schwangere beraten?</li> <li>• Was waren hierbei überzeugende Argumente?</li> </ul>

<p><i>Andere Bereiche aus Ihrem Klinikalltag sind für dieses Thema auch sehr interessant.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie stehen Sie im Kontakt mit den betreuenden, niedergelassenen KollegInnen bei Frauen mit Kaiserschnittwunsch?</li> <li>• Wie lösen Sie die Abrechnungsmodalitäten mit den Krankenkassen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie nehmen hierbei Sie die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen KollegInnen wahr?</li> <li>• Gibt es hierbei Unterschiede zu anderen schwangeren Patientinnen?</li> </ul>
<p><b>Fragen zur Positionierung zum Wunschkaiserschnitt und zu Wünschen für den Berufsalltag in der Geburtsklinik</b></p>	<p><b>Mögliche Nachfragen</b></p>
<p><i>Das Thema des Interviews stellt ja ein sehr komplexes Feld dar.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welches sind für Sie „Kriterien einer guten Geburtshilfe“?</li> <li>• Wie definieren Sie den Begriff Wunschkaiserschnitt?</li> <li>• Inwieweit war / ist der Wunschkaiserschnitt ein Thema in Ihrer ärztlichen Ausbildung?</li> <li>• Gibt es in Ihrer Klinik eine „Philosophie“ oder Handlungsmaxime zu dem Wunsch nach Kaiserschnitt?</li> <li>• Welche Bedeutung hat das Selbstbestimmungsrecht der Frau bei der Wahl des Geburtsmodus für Sie?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es darüber eine Auseinandersetzung in Ihrem ärztlichen Team?</li> <li>• Sind Hebammen an dieser Auseinandersetzung beteiligt?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Würden Sie für sich selber / Ihre Partnerin einen Wunschkaiserschnitt in Betracht ziehen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum?</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie würden Sie eine ideale Betreuung in der Schwangerschaft beschreiben?</li> <li>• Was für Wünsche haben Sie bezüglich Ihres Klinikarbeitsalltags?</li> <li>• Was würden Sie von (politischen) Entscheidungsträgern bezüglich der Rahmenbedingungen fordern?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was für Wünsche haben Sie bezüglich des Kontakts mit den niedergelassenen KollegInnen?</li> <li>• Haben Sie für Ihren klinischen Versorgungsalltag weitere Wünsche?</li> <li>• Was würden Sie sich von den Schwangeren wünschen?</li> <li>• Was würden Sie den Schwangeren wünschen?</li> <li>• Wo sehen Sie Handlungsmöglichkeiten die Steigerung der Kaiserschnittraten zu stoppen?</li> <li>• Wo sehen Sie Handlungsmöglichkeiten bezüglich des Kaiserschnitts ohne medizinische Indikation?</li> </ul>
<p><b>Abschlussfrage</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist in diesem Gespräch etwas für Sie Wichtiges noch nicht zur Sprache gekommen?</li> </ul>	<p><i>Herzlichen Dank für das Interview.</i></p>



## Anhang 2: Fragebogen

### Teil 1: Angaben zur interviewten Person

- 1) Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐
- 2) Alter:
- 3) Nationalität:
- 4) In welchem Jahr haben Sie die Approbation erhalten?
- 5) In welchem Jahr haben Sie die klinische Tätigkeit als Frauenärztin /  
Frauenarzt aufgenommen?
- 6) Sie arbeiten als  
Assistenzarzt / -ärztin ohne Gebietsbezeichnung ☐  
Assistenzarzt / -ärztin mit Gebietsbezeichnung ☐  
Funktionsoberarzt / -ärztin ☐  
Geburtsmedizinische/r Oberarzt / -ärztin ☐  
Gynäkologische/r Oberarzt / -ärztin ☐  
Chefarzt / -ärztin ☐
- 7) Arbeiten Sie Voll- oder Teilzeit?  
Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ (0,5 ☐ 0,75 ☐ andere ☐)
- 8) In wie vielen Frauenkliniken haben Sie bisher gearbeitet?
- 9) Haben Sie noch eine andere Gebietsbezeichnung?  
ja ☐ nein ☐
- 10) Wenn ja, welche?

**Teil 2: Angaben zur Geburtsklinik der interviewten Person**

- 1) Die Klinik ist eine Einrichtung der:  
Grundversorgung ☐  
Regelversorgung ☐  
Maximalversorgung ☐
- 2) Bettenzahl der Geburtsklinik:
- 3) Anzahl der Geburten im letzten Jahr:
- 4) Kaiserschnittquote im letzten Jahr:
- 5) (Geschätzte) Rate der Risikoschwangeren:
- 6) (Risiko-) Schwangerensprechstunde in der Frauenklinik:  
ja ☐ nein ☐
- 7) Von wem wird diese Sprechstunde durchgeführt?
- 8) Kinderklinik vor Ort: ja ☐ nein ☐
- 9) Ärztlicher Personalschlüssel:
- 10) Anzahl der Hebammenstellen:
- 11) Existiert ein Arbeitskonzept mit Beleghebammen?  
ja ☐ nein ☐

**Erklärung**

Hiermit erkläre ich, die Arbeit ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt, keine anderen als die von mir angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht zu haben.

Corinna Schach

Bremen, den 2.02.2013